Etablissement Public de Santé Alsace Nord

Comité SIDA

Prévention de la transmission sexuelle du VIH en Psychiatrie. *Si on parlait sexualité ?*

ACTES
de la Journée de Rencontre et de Formation
du vendredi 6 décembre 2002

COMITE SIDA
Etablissement Public de Santé Alsace Nord
Secrétariat DSSI
141, avenue de Strasbourg
67170 BRUMATH
03 88 64 61 51

Contact : Vincent FEIREISEN, Coordinateur
06 82 65 58 81
vincent.feireisen@ch-epsan.fr

83 personnes au total, dont 66 professionnels présents au titre de la Formation Continue, ont participé ce vendredi 6 décembre 2002 à la Journée de Formation et de Rencontre organisée par le Comité Sida de notre établissement.

De l'évaluation, faite à partir du questionnaire qui a été rempli par la plupart des professionnels présents, il en ressort une grande satisfaction quant à la qualité de la rencontre, tant sur le plan organisationnel que qualitatif.
Avec les limites que nous connaissons dans ce type d'exercice : il y a toujours un grand décalage entre ce que nous souhaiterions entreprendre et la réalité du terrain…

A travers ce questionnaire, la plupart des professionnels ont souhaité nous dire leur désir de poursuivre cette réflexion et d'être accompagnés dans ce travail par d'autres rencontres et d'autres formations.
Ce qui est en vue, c'est aussi de continuer à être mobilisé sur cette question de la prévention, élargie aux risques liés à l'ensemble des événements concernant la sexualité.

Dans la dynamique de cette ouverture, notre Comité Sida a décidé de poursuivre ce travail en mettant en place une démarche de réflexion et de recherche sur la prise en compte de la sexualité dans la prise en charge du patient.
Nous souhaitons adopter une démarche de recherche-action, associant des professionnels volontaires de l'établissement, car c'est, nous le pensons, une condition pour produire des connaissances tout en conduisant des actions qui peuvent avoir un impact sur la réalité.

Cette démarche inclura notamment la prévention des risques liés à la sexualité, mais ne se limitera pas à cette approche réductrice.
Ce regard nouveau rompt avec l'approche traditionnelle qui appréhende la sexualité humaine à partir des risques, pour l'appréhender à partir de ce qu'elle peut apporter dans la structuration et l'épanouissement de l'être humain.
Elle s'inscrit délibérément dans une démarche de santé mentale.

Si cet axe de travail, cette perspective se sont dégagés progressivement dans notre réflexion, il est frappant de constater que nous avons pu les rencontrer de manière transversale dans les interventions et les débats qui ont alimenté cette journée du 6 décembre, un peu comme le fil rouge de cette rencontre.

Nous tenons à remercier vivement toutes les personnes grâce à qui cette journée a pu se faire :
- l'équipe de direction, l'équipe technique et de restauration de l'EPSAN
- Jean-Paul HENNI, Directeur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers
- Daniel GROSSHANS, Référent de la Commission PSY du CISIH Alsace
- les collègues secrétaires, pour l'accueil des participants
- Christine LEGRAND, Sandrine MARTINEZ et Céline MICHELLE, stagiaires assistantes de service social, pour la prise de notes et la retranscription des débats
- le Comité Régional d'Education pour la Santé Alsace
- la revue Combat face au sida
- les laboratoires SCHERING-PLOUGH et BOEHRINGER-INGELHEIM

Encore un grand merci à :
- à Céline LAESTER, pour le secrétariat de cette journée et le travail efficace et attentionné qu'elle fournit toute l'année pour notre Comité
- Christiane CHARMASSON, pour son soutien et son aide précieuse dans la construction de cette rencontre
- et Clarisse BECKER, cadre de santé, pour son travail actif au sein du Comité, en particulier pour l'enquête soignant et avec qui nous avons eu l'idée de cette journée

L'équipe du Comité Sida
Mars 2003

Sommaire

ARGUMENT DE LA JOURNEE.....5

INTRODUCTION 6
Dr Guylaine LAFOSSE
Psychiatre, Praticien Hospitalier, Présidente du Comité SIDA, EPSAN

APPROCHE DE LA VIE SEXUELLE DANS L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE D'HIER ET D'AUJOURD'HUI 8
Dr Nicole HORASSIUS-JARRIE
Praticien Hospitalier Honoraire, Présidente d'honneur du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

PAROLES DE PATIENTS ET DE SOIGNANTS AUTOUR DE LA SEXUALITE ET DU VIH 14
Mme Dominique ROLLAND
Psychologue clinicienne, Association PSY FORM, PARIS

LA VULNERABILITE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES USAGERS EN SANTE MENTALE.....21
Mme Claude FINKELSTEIN
Présidente de la Fédération Nationale des Associations de Patients en Psychiatrie, Membre du Comité Consultatif de Santé Mentale

SEXUALITE A L'HOPITAL : DROITS, OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES 23
Thierry CASAGRANDE
Directeur juridique ANALYS – SANTE, PARIS

DEBAT 1.....30
Modératrice : Dr Christiane CHARMASSON
Psychiatre, Psychanalyste, Coordinatrice du Comité SIDA de VILLE-EVRARD, Chargée de mission à la DHOS

DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH AUX RISQUES LIES AUX PRATIQUES SEXUELLES EN PSYCHIATRIE : UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE 33
Dr Christiane CHARMASSON
Psychiatre, Psychanalyste, Coordinatrice du Comité SIDA de VILLE-EVRARD, Chargée de mission à la DHOS

LA PREVENTION DU VIH CHEZ LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES, A L'AUBE D'UNE PRISE DE CONSCIENCE.....46
Dr Vincent RYCKMANS
Psychiatre, Membre de l'Institut International TRIEST - Département de Recherche, BELGIQUE

DEBAT 2.....49
Modérateur : Daniel GROSSHANS
Psychologue, Référent de la Commission Psy du CISIH, Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

COMPTE RENDU DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES SOIGNANTS DE L'EPSAN.....51
Vincent FEIREISEN, *Psychologue, Coordinateur du Comité SIDA, EPSAN*
Dr Myriam CAYEMITTES, *Assistante Généraliste, Comité SIDA, EPSAN*

UNE EXPERIENCE DE PAROLE AUTOUR DU VIH ET DE LA SEXUALITE A L'EPSAN 62
Thomas BRAUN
Coordinateur Equipe Mobile d'Information et de Prévention du Sida du Bas-Rhin

DEBAT 3.....63
Modérateur : Daniel GROSSHANS
Psychologue, Référent de la Commission Psy du CISIH, Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

SYNTHESE ET PERSPECTIVES 65
Dr Edmond PERRIER,
Psychiatre, Praticien hospitalier, Président de la Commission Médicale d'Etablissement, EPSAN

LISTE DES PARTICIPANTS 67

PRESENTATION DU COMITE SIDA DE L'EPSAN.....68

BIBLIOGRAPHIE.....69

Les débats ont donné lieu à des questions et des témoignages, soulevés par les pratiques en milieu psychiatrique.
Nous avons tenté d'en rendre compte le plus fidèlement possible, à partir de certains extraits.

ARGUMENT DE LA JOURNEE

sommaire

En milieu psychiatrique, la transmission sexuelle du virus du SIDA n'est pas exclue.

Dès lors, la prévention de cette transmission soulève le débat des relations sexuelles à l'hôpital et amène à élargir notre réflexion aux événements liés à la sexualité et à la sécurité des patients accueillis : grossesse, violences sexuelles, risques médicaux liés aux maladies sexuellement transmissibles …

La clandestinité des relations sexuelles, leur côté furtif, la fragilité de certaines personnes face à une sexualité contrainte, la pathologie rendent cette prévention difficile à mettre en œuvre.
Les représentations contrastées que nous avons face à l'interdit de la relation sexuelle pèsent également sur notre capacité à en parler, alors que faire émerger les questions que pose la sexualité constitue le terrain de la prévention.

Comment mener cette réflexion sur la sexualité à l'hôpital ?
Car ce qui se joue dans cette difficulté de parole, c'est aussi l'aide que chacun peut apporter, dans sa pratique professionnelle, pour permettre à une personne en souffrance psychique de construire sa relation à l'autre et vivre aussi sa sexualité.
La prévention du SIDA est une occasion pour nous engager vers une réflexion qui se situerait dans une mise en parole des questions que soulève le sexuel, comme expérience de désir et de plaisir, de sensation et d'émotion.

Les difficultés de la prévention témoignent de ce rapport conflictuel que chacun entretient avec ces questions.

Cette journée de rencontre et de formation a pour objectif de nous faire réfléchir à ce qui est en jeu dans cette prévention et construire quelques repères dans nos pratiques professionnelles.

INTRODUCTION

Dr Guylaine LAFOSSE

Psychiatre, Praticien Hospitalier, Présidente du Comité SIDA, EPSAN

sommaire

C'est avec le plus grand plaisir que je vous accueille, auditeurs et intervenants, à cette journée d'étude qui s'inscrit dans une dimension temporelle et conjoncturelle.

Conjoncturelle**,** car elle suit de quelques jours à peine la 15ème Journée Mondiale de lutte contre le Sida du 1er décembre qui a mis l'accent cette année :

- à la fois sur l'expansion de l'épidémie avec 42 millions de personnes porteuses du virus et l'explosion de la morbidité en Afrique noire qui apparaît comme le continent sacrifié;
- à la fois aussi sur le dépistage qui reste le point faible du dispositif de lutte contre le Sida : en effet chaque année plus de 800 personnes ne découvrent leur séropositivité qu'au moment Sida, c'est-à-dire maladie déclarée (dépistage insuffisamment ciblé, groupes exposés n'y ayant pas accès, migrants, personnes en situation de précarité).

Dimension temporelle aussi, car cette journée vient comme un aboutissement de plusieurs années de travail du Comité Sida de l'établissement.

Historiquement, je rappellerai que les Comités Sida ont vu le jour dans les établissements de soins psychiatriques dans les suites d'une circulaire DGS de 1996 relative à l'amélioration des liaisons entre les services de médecine et les services psychiatriques et au développement de la prévention de la transmission du VIH parmi les patients au milieu psychiatrique.

Cette circulaire faisait suite à un rapport Psychiatrie-VIH réalisé en 1995 par Mme le Docteur C.CHARMASSON qui nous fait l'honneur de sa présence aujourd'hui, rapport rédigé à la demande du ministère, soulignant la nécessité d'établir des liaisons opérationnelles entre les unités de médecine prenant en charge les malades atteints d'infections à VIH et les établissements ou services psychiatriques.

Cette circulaire définissait des objectifs et des moyens.

Les ***objectifs*** concernaient :

- l'amélioration de la prise en charge des patients infectés par le VIH et le soutien de leur entourage par la collaboration entre médecine et psychiatrie;
- la prévention de la transmission du VIH parmi les patients traités en milieu psychiatrique, ce qui sous-entendait une réflexion sur la manière d'adapter les messages de prévention et un abord de la sexualité et des pratiques sexuelles dans les établissements psychiatriques.

Les ***moyens***, outre la collaboration avec les services de médecine, s'articulaient avec :

- les Commissions Psy du CISIH, Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
- la création des Comités Sida, instance de réflexion sur :
  - la prévention du VIH parmi les patients
  - les questions déontologiques et éthiques
  - la prévention des risques professionnels
  - la mise en œuvre des actions qui en découlent.

Ainsi, depuis 1997, dans les Centres Hospitaliers de BRUMATH et HOERDT, depuis 1999, date de la fusion des hôpitaux, le Comité Sida de l'EPSAN travaille à l'élaboration de programmes de formation, à la mise en place d'outils d'information et de prévention.

Se sont constitués des groupes de travail au nombre de quatre :

- groupe de travail « ***Formation*** » qui s'est attaché, au travers de rencontres-débats animés par des médecins experts, à réactualiser les connaissances en matière de VIH, VHC et mesures universelles de prévention

- groupe de travail « ***Outils d'aide à l'enquête patient*** » qui a pour objectif la mise en place d'une fiche d'aide à l'enquête patient-source, en cas d'accident d'exposition au sang

- groupe de travail « ***Fiches de conduite à tenir en cas d'AES*** » avec la mise en place de protocole standardisé et uniformisé, en cas d'accident d'exposition au sang ou autre liquide biologique

- groupe de travail « ***Prévention*** » qui a œuvré :
  - à la mise en place de distributeurs de préservatifs
  - à l'organisation d'actions de prévention dans le cadre de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida du 1er décembre, animées par des intervenants de l'EMIPS (Equipe Mobile d'Information et de Prévention du Sida)
  - à l'élaboration, puis au dépouillement d'un questionnaire enquête auprès des soignants de l'EPSAN, visant à un état des lieux de la prévention dans l'établissement.

C'est en s'attachant à cet objectif de prévention de la transmission du VIH parmi les patients que nous nous sommes confrontés à certaines difficultés :

- difficultés de la mise en œuvre de la prévention par les équipes, placées entre reconnaissance et déni des risques encourus par les patients
- difficultés à intégrer dans le fonctionnement soignant-soigné la dimension de la sexualité.

L'interdiction des relations sexuelles implicite ou explicite a été souvent un moyen consensuel de prévention les dégageant aussi de toute parole sur la sexualité.

C'est ainsi qu'est née l'idée d'organiser cette journée, dont le sous titre « Si on parlait sexualité ? » ne vous a sans doute pas échappé, et d'inviter des intervenants ès qualité pour nous aider à débattre de ces questions.

Merci de votre présence et de votre participation active aux échanges.

APPROCHE DE LA VIE SEXUELLE DANS L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE D'HIER ET D'AUJOURD'HUI

Dr Nicole HORASSIUS-JARRIE

Praticien Hospitalier Honoraire, Présidente d'honneur du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux

sommaire

Merci Madame la Directrice, merci Madame la Présidente de m'avoir conviée à venir vous parler aujourd'hui dans cet hôpital où je reviens toujours avec plaisir car, à la qualité des réflexions et des échanges, s'ajoute tout un climat d'amitié chaleureuse, sans doute lié à l'Alsace, mais à coup sûr spécifique à BRUMATH,

Les malades mentaux sont-ils dénués de tout désir et de toute possibilité de réalisations sexuelles ? Ou bien, à l'inverse, peut-on penser qu'ils sont libérés de toute entrave morale et livrés sans frein à leurs instincts les plus bestiaux ? (sur ce point la loi, qui préconise les soins aux délinquants sexuels, a peut-être renforcé l'amalgame entre certains actes sexuels, pédophiles notamment, et la maladie mentale)

La sexualité est maintenant un sujet qu'on aborde très librement, *mais la levée de certains tabous sociaux a-t-elle bien libéré les esprits ?*

Pour mieux socialiser les individus, dans toutes les sociétés, à toutes les époques, les responsables de l'ordre ont voulu la régulariser. Le mariage, par exemple, a sans doute pour fonction de discipliner la sexualité et de l'orienter vers la procréation. L'asile d'autrefois cependant était allé bien au-delà de cette régulation. Il avait même organisé l'interdiction et la répression des manifestations sexuelles, avec d'ailleurs, comme conséquence paradoxale d'inciter les malades à avoir recours aux comportements sexuels de substitution, classiquement considérés comme pervers. S'agit-il là vraiment d'une conséquence paradoxale ? Je vous propose de nous y arrêter un instant.

Nous avons organisé l'hôpital à partir de la vision consciente et inconsciente que nous avons de la pathologie mentale, à partir de nos idéologies et de celles du corps social qui nous a confié cette institution. J'en suis arrivée à penser actuellement que les théories sur la dégénérescence et les thèses eugénistes du XIXème, ont beaucoup marqué les représentations et que la priorité de l'hôpital psychiatrique était sans doute moins de réprimer la sexualité que d'éviter avant tout la procréation, le risque de procréation.

Vincent FEIREISEN m'a demandé de vous parler des pratiques sexuelles dans l'hôpital psychiatrique d'hier et d'aujourd'hui. Je vous propose de voir l'évolution des idées et des pratiques dans les cinquante dernières années.

BREF HISTORIQUE

L'asile du XIXème siècle séparait nettement les sexes.
Son plan architectural était classiquement en deux parties séparées, au milieu, par la chapelle et les bâtiments administratifs. Il y avait ainsi un côté réservé aux hommes, l'autre aux femmes où seuls trois hommes pouvaient entrer : le médecin, le directeur et l'aumônier.

Les années cinquante avaient hérité de cette séparation des sexes. Les pratiques sexuelles étaient alors celles des communautés unisexuées. La masturbation, bien sûr, peut-être un peu mieux tolérée dans la deuxième moitié de XXème siècle qu'elle ne l'avait été auparavant, mais surtout ces unités d'hospitalisation étaient placées sous le signe de l'homosexualité, univers matriarcal relativement doux et chaleureux dans les services de femmes, beaucoup plus rude et viril, sinon militaire, dans les services d'hommes.

Les risques d'une telle situation étaient bien différents selon les établissements et le type de malades en cause. Ils étaient relativement bénins pour certains lorsque les choses se limitaient à une homosexualité latente, à des manifestations de tendresse, mais ils pouvaient parfois se révéler plus inquiétants pour ceux dont l'équilibre et la guérison risquaient d'être compromis par des passages à l'acte non désirés, et, bien entendu, ils s'avéraient franchement révoltants dans certaines unités de force, réservées aux malades difficiles et aux délinquants. Là, il pouvait exister, il existait de fait des caïds et des mignons. A l'Unité pour Malades Difficiles d'Henri COLIN, on les appelait "Les Grandes Folles". La situation était celle des milieux carcéraux, bien décrite dans certaines des œuvres de Jean GENET **(notamment dans "*Le miracle de la rose*")**

En arrivant à AIX, en 1980, j'ai découvert une Unité d'hommes très fermée et, assez fortuitement, qu'un jeune débile psychotique était utilisé chaque nuit par ses compagnons de dortoir. Personne ne semblait s'en émouvoir et un brave surveillant jugeait même que tout le monde était satisfait de cet arrangement depuis longtemps et qu'il n'y avait pas lieu de s'en indigner. Je ne pense pas qu'il en aurait jugé de même s'il s'était agi d'une jeune fille en raison du risque de procréation. C'était là le danger majeur aux yeux de tous.

En témoigne la facilité avec laquelle, dans beaucoup d'endroits, on a pu, à l'occasion d'une intervention chirurgicale, une appendicectomie par exemple, stériliser certaines malades par ligature des trompes. J'ai même appris récemment qu'il existerait dans un HP de l'Est de la France, un musée des fœtus de malades mentales. Ces grossesses et leur interruption prouvent deux choses : d'abord que les portes fermées avaient sans doute leurs failles, et ensuite, que les thèses eugénistes ont persisté longtemps, même après la fin de la deuxième guerre mondiale.

Laissons les années cinquante, pour les années soixante.
Les choses changeaient peu à peu, un vent de liberté commençait à souffler, les portes de quelques pavillons s'ouvraient dans "l'hôpital village", on organisait des activités de loisirs en commun, des kermesses, des excursions ou des sorties en camping hors les murs. Des rencontres hétérosexuelles fréquentes devenaient inévitables. Elles avaient souvent lieu dans un endroit bien particulier du parc hospitalier, un lieu secret, qui n'avait bien sûr rien d'officiel, mais dont chacun dans l'hôpital connaissait l'existence, dont chacun savait l'usage et l'emplacement. Ici on l'appelait " le coteau", ailleurs "le petit bois". Tolérés sans qu'on en parle, des lieux de transgression étaient utilisés aussi bien pour les trafics de vin que pour les rapprochements sexuels. Sexualité clandestine ou semi-clandestine que les soignants voyaient... sans voir... qu'ils réprouvaient parfois au fond d'eux-mêmes, sans oser l'interdire ou dont ils plaisantaient pour cacher un malaise né avec ce vent de libéralisme.

Tout ceci doit être un peu difficile à comprendre pour les générations actuelles qui sont nées après le mouvement de libération sexuelle. Mais il faut se souvenir que c'est en décembre 1967, seulement, que l'information sur la régulation des naissances est devenue licite et il a fallu ensuite les temps heureux de l'après 68 et plusieurs autres textes réglementaires pour que notre vieux pays latin développe une réelle politique de contraception.

Temps heureux de l'après 68, pour la psychiatrie aussi, qui, au début des années soixante dix, amorce enfin une profonde mutation.
En effet, dans le système psychiatrique public, pour bénéficier d'un nouveau statut professionnel très attendu, qui les intègre dans le corps des médecins hospitaliers et se révèle financièrement plus avantageux, les psychiatres doivent s'engager dans la sectorisation et... organiser la mixité des malades et des équipes dans les unités d'hospitalisation. Cette incitation financière a fait taire quelques hésitations conservatrices voire même quelques scrupules.

Bien qu'officielle, et même devenue obligatoire, cette mixité a beaucoup agité les esprits et, sous prétextes divers, architecturaux notamment, dans bien des endroits, elle ne se mettra en place que très progressivement. Il faut dire que les réactions des familles de malades et des soignants sont alors parfois vives, sans parler des conjoints qui ne sont pas très tranquilles sur ce qui pourra se passer la nuit entre un infirmier et une infirmière veillant ensemble.

Les médecins eux réfléchissent sur les conséquences de tout cela : on voit fleurir les travaux. Sur quoi ? Non pas sur le bien-être intime des malades mais avant tout sur la contraception des malades : *"La pilule induit-t-elle des états dépressifs?" "Cette maîtrise à distance est-elle une nouvelle camisole chimique?"* (il faut savoir qu'au même moment se développaient les neuroleptiques retard) *"Ces réformes augmentent- elles l'angoisse" ?*

Peu de temps avant que ne soit votée, en janvier 1975, dans la passion et le tumulte, la loi sur les Interruptions Volontaires de Grossesses, nous avions, en 1973-1974, mené une recherche sur la sexualité des malades à l'hôpital psychiatrique de la ROCHE SUR YON, un des premiers hôpitaux à avoir sectorisé (dès 1967) et à avoir très vite réalisé la mixité dans les unités.

Expérience sans doute novatrice mais qui avait aussi la particularité de se situer en Vendée, département qui n'a pas la réputation d'une très grande liberté de mœurs. Cet environnement n'est pas anodin.

Permettez-moi une anecdote : alors que, de l'avis de tous les auteurs, la maladie et son traitement tout autant que l'isolement affectif des malades semblent plutôt amoindrir leurs capacités de désir et de réalisations sexuelles, la tradition vivait le malade mental comme un être lubrique, prêt à assouvir ses pulsions bestiales. Aux yeux du corps social, l'architecture et la séparation des sexes contenaient fort heureusement ces débordements. Et voilà que les psychiatres renonçaient à ces défenses rassurantes. Les représentations collectives se sont alors données libre cours. Représentations assez fortes pour être partagées même par des hommes informés. C'est ainsi, qu'un haut fonctionnaire local, homme tout à fait capable d'esprit critique par ailleurs, avait pu prêter foi, d'emblée, sans aucune vérification, à une rumeur qui prêtait à notre hôpital une consommation de contraceptifs dépassant largement celle du département tout entier !
Expression-là d'un pur fantasme collectif qui vivait notre institution comme un vaste lupanar où soignants et soignés se livraient gaiement à la débauche. Il n'en était rien, bien sûr, d'autant que le pharmacien de l'hôpital, maire et député par ailleurs, nous refusait les contraceptifs, pourtant autorisés, mais qui restaient contraires à son idéologie personnelle. Après quelques échanges épistolaires relativement peu amènes, nous eûmes même droit à une inspection générale du ministère, sans doute pour vérifier nos agissements et peut-être nos mœurs. L'inspecteur était un homme remarquable et ses conclusions nous furent très bénéfiques.

Venons-en à ***l'enquête réalisée auprès de soignants et de malades hospitalisés.***

En relisant les questions avec plus *25* ans de recul, leur formulation m'est apparue très orientée par nos propres convictions idéologiques, nos convictions de psychiatres militants qui voulaient redonner au malade mental sa place d'être humain, sa dignité et aussi par nos convictions de citoyens, bien plus jeunes à l'époque et militant pour la contraception. Nous étions loin d'être des observateurs neutres et objectifs, mais plutôt des acteurs très impliqués dans ce qui se jouait.
Avec le recul, on discerne mieux également un certain paternalisme : nous allions faire le bonheur des malades qui, eux-mêmes, ne demandaient pas grand chose.

Dans les résultats de l'enquête, on enregistrait quelques oppositions exprimant la crainte de ne pas pouvoir contrôler la situation avec pour les soignants, la nécessité de devoir être plus vigilants. Mais dans l'ensemble, on retrouvait, chez soignants et soignés,des opinions à peu près communes et plutôt assez favorables à l'éducation sexuelle, à la contraception et même à la mixité.
A quelques nuances près cependant, par exemple, les soignantes mariées, d'un certain âge, (et les femmes célibataires hospitalisées) étaient beaucoup plus réservées que les jeunes infirmières.

Pour les jeunes soignantes enthousiastes :
- les troubles mentaux ne modifiaient pas les besoins sexuels des individus,
- une activité sexuelle pouvait avoir une influence bénéfique sur l'évolution des maladies psychiques,
- les malades mentaux avaient droit au mariage,
- il fallait enfin largement ouvrir l'hôpital à la contraception et à l'éducation sexuelle.

Sans commenter ces résultats, laissez-moi vous dire que les choses n'étaient pas si simples. Les familles de malades, surtout les parents de jeunes filles débiles, étaient très préoccupées et, par ailleurs, il n'était pas facile à des infirmiers vendéens, grandis dans l'ombre des clochers, de bien maîtriser tout ce domaine.

Deux anecdotes sur l'éducation sexuelle.
Je vous rappelle que personne, à l'époque, n'en avait bénéficié pendant sa propre enfance, il fallait donc improviser sans beaucoup de références.

Dans un pavillon d'adultes, des infirmiers embarrassés par la réponse à donner à la curiosité sexuelle incessante d'une adolescente débile, lui achetèrent, sur leurs propres deniers, la revue "LUI". Le contenu eut un grand succès auprès de la patiente et de sa famille qui ne tarda pas à la subtiliser. Le

but escompté fut-il atteint ? Il y a vingt-cinq ans j'aurais répondu non, aujourd'hui je pense... oui, peut-être.

Dans une unité de psychiatrie infantile les soignants éprouvèrent le besoin, justifié d'ailleurs, d'apporter des éléments d'éducation sexuelle à de jeunes garçons pré-pubères et curieux. Le résultat s'avéra contraire à leurs intentions, du moins pour l'un d'entre eux, psychotique. Les spermatozoïdes transformés par l'angoisse prégénitale devinrent des asticots noirs effrayants, dévorant le ventre de la mère.

Nos conclusions, présentées au Colloque de l'association "Chrétiens et Psychiatrie", soulignaient certains écueils dans l'excès d'un libéralisme abusif s'imposant à des malades ne le supportant pas au niveau de leur problématique personnelle. Ecueil aussi d'un éventuel forcing libératoire exposant soignants et soignés à des désirs de séduction ou même danger d'un faux libéralisme où se démasquent les idéologies de chacun. Notre petit groupe de travail plaidait surtout alors pour une politique de sexualisation valorisant les rapports affectifs c'est-à-dire le retour du sensible, du fraternel, de l'amitié, bref de l'amour.

A vrai dire, nous avons découvert ensuite que ce pourquoi nous avions milité, l'ouverture des portes tout autant que la libération sexuelle, si elles s'avéraient très largement positives, apportaient aussi dans leurs bagages une plus grande vulnérabilité des malades, des femmes surtout, qui perdant la protection des murs de l'asile, se retrouvaient assez exposées. Certaines jeunes filles très immatures, affectives, naïves, furent parfois séduites par des visiteurs de passage, ouvriers du bâtiment, livreurs etc. ... qui interprétèrent leur passivité naïve, comme une invite sexuelle.

Venons – en à ces dernières années avec deux points que je développerai : celui de la population hospitalière et celui de l'incidence des chimiothérapies.

LA POPULATION HOSPITALIERE ACTUELLE

Depuis la législation de la sectorisation en 1985, les hôpitaux se sont restructurés moins frileusement. Le nombre des lits a baissé, bien trop sans doute, les durées d'hospitalisation sont maintenant très réduites. Les malades sont très majoritairement suivis en ambulatoire et leur sexualité s'exerce dans des conditions très différentes.
Mais l'hôpital étant encore là, qui y séjourne maintenant ?

Il y a une dizaine d'années, nous avons conduit une recherche à AIX sur ces malades hospitalisés. Il ressortait de notre étude qu'il existait deux grandes catégories : une première, celle des malades en phase aiguë qui sortent très vite après quelques semaines, parfois même quelques jours, et une deuxième catégorie, celle des malades plus chroniques dont la durée de séjour pouvait dépasser une, voire plusieurs années.

Les malades en phase aiguë, les schizophrènes, les dépressifs, ont souvent des troubles du désir mais parfois, à l'inverse, certains courts séjours posent le problème d'une absence de contrôle en phase d'excitation. Problème renforcé du fait que la clinique hospitalière s'est modifiée : nous recevons de plus en plus de pathologies s'exprimant sur un mode psychopathique et le psychopathe bénéficie d'une aura du "mauvais garçon" qui n'est pas dénuée de séduction pour certaines personnes momentanément privées de leur jugement. Presque tous les services ont ainsi été amenés à interdire ou plus exactement à ne pas autoriser, les rapprochements sexuels à l'intérieur des unités de soin. Mais la mixité des zones de nuit et l'impossibilité de laisser les malades se barricader dans leurs chambres, ne rendent pas toujours les choses faciles. Bref, on interdit, plus ou moins clairement, les rapports sexuels mais, en même temps, message tout à fait paradoxal, les soignants, conscients du risque de contamination par le Sida, ce nouveau venu, mettent des préservatifs à disposition de tous.

Lors des sorties, quelle que soit leur forme, les liens sexuels à l'extérieur restent libres bien sûr. On assiste d'ailleurs à un phénomène nouveau, celui des couples de malades mentaux. Ils se sont connus à l'hôpital et, à la sortie, se mettent en ménage vivant ainsi de leurs deux allocations pour adultes handicapés, assorties d'une allocation logement. Il est parfois difficile de se faire une idée de leur vie sexuelle. Elle paraît assez pauvre au niveau des réalisations, en revanche, dans le meilleur des cas, un échange affectif semble parfois s'établir à l'apparente satisfaction des partenaires.

Les séjours prolongés, de plus en plus rares, en raison de la baisse des nombres de lits, offrent d'autres caractéristiques.
L'hôpital redevient en partie un "lieu de vie" pour ces malades au long cours. Les portes ouvertes sont ou devraient être la règle. Chacun a donc la possibilité de quitter l'hôpital dans la journée et de mener sa vie sexuelle comme bon lui semble. Là encore, les choses semblent assez pauvres ; en revanche, apparaît un nouveau problème. A AIX, l'hôpital étant en pleine ville, nous avons observé des manœuvres assez suspectes d'individus, parfois anciens psychopathes hospitalisés. Ils viennent attendre, à la porte de l'hôpital, de jeunes psychotiques chroniques, dépendantes, vulnérables, incapables de dire "non". Nous les soupçonnons d'inciter plus ou moins ces jeunes malades à se prostituer. Petits réseaux de prostitution parfois liés au trafic de drogue. Il faut rajouter à cela les rencontres entre malades hospitalisées et travailleurs immigrés lesquels vivent dans une grande solitude sexuelle. Il n'est pas question là de prostitution, mais de relations parfois insuffisamment protégées. Comme vous pouvez l'imaginer, ce n'est plus la grossesse qui paraît être maintenant le danger majeur.

EFFETS DE LA CHIMIOTHERAPIE

Le deuxième point sur lequel je voudrais insister, c'est l'amorce de prise en compte par les médecins des effets de la chimiothérapie. Longtemps sous-évalués, ils apparaissent davantage dans la mesure où les relations médecin-malade ont un peu évolué vers un partenariat. Parfois les malades eux même attirent l'attention de leur prescripteur sur les inconvénients des psychotropes. Inconvénients qui, hors de l'hôpital, amènent d'ailleurs des ruptures de traitement, parfois bien fâcheuses, je pense notamment à l'arrêt des thymorégulateurs.

Tous les produits que nous prescrivons peuvent avoir des effets.
Les antidépresseurs, bien sûr, la pilule du bonheur apporte bien plus souvent des anorgasmies que les exceptionnels orgasmes spontanés qui font la une des journaux. Une enquête assez récente montre que les neuroleptiques entravent la vie sexuelle de 90 **%** des hommes et *50* **%** des femmes schizophrènes (mais sur ce chiffre moindre, il faut savoir que les enquêtes sur les femmes sont toujours plus difficiles à mener) Tous les stades de la réalisation peuvent être touchés. Le désir bien sûr, mais aussi l'éjaculation, l'orgasme, la qualité de la satisfaction.

Nous avons, il faut l'avouer, assez peu de réponses à apporter pour améliorer le bien- être intime des patients. On négocie au cas par cas, changements de molécule, baisse des posologies. Les études cependant se développent actuellement d'autant mieux d'ailleurs que la psychiatrie se préoccupe de plus en plus de réinsertion et de qualité de vie des malades.

LE BILAN DE TOUT CELA ?

Les pratiques sexuelles ont été longtemps réprimées dans les institutions psychiatriques et notre génération a souhaité les libérer, considérant qu'il s'agissait là d'un élément de promotion humaine.

Dans l'ensemble, bien sûr, le contexte institutionnel est beaucoup plus libéral qu'autrefois mais militantisme et bonne volonté se sont heurtés à la réalité de la maladie mentale dont on sait bien qu'elle est connotée soit dans ses origines, soit dans ses conséquences, par des problèmes touchant à la sexualité. Une sexualité qui paraît assez pauvre avec surtout de grandes difficultés à lier sentiments d'amour et réalisations sexuelles. Une sexualité qui apporte parfois plus de souffrance que d'épanouissement.

Alors, confrontés à cette incapacité d'améliorer directement le confort intime des malades autant que nous le voudrions, les efforts se portent essentiellement et d'abord sur les soins avec l'objectif raisonnable qu'un meilleur équilibre sexuel pourra découler d'une amélioration de la maladie.

Actuellement, à l'hôpital, on parle assez peu des pratiques sexuelles sauf en cas d'incident : malades retrouvés dans le même lit[1] ou jeune mère de famille qui devient la proie d'un psychopathe. Dans ce cas, (dans les services où liberté de parole et réflexion sont de mise[2]) on reprend les faits avec les intéressés, on rappelle les règles institutionnelles. Règles qui existent en effet, même si elles ne sont pas toujours très formalisées et même si leur application souvent laissée à l'appréciation individuelle des membres de l'équipe.

Voilà, nous avons adopté une entente tacite où l'on préfère fermer un peu les yeux. Bien sûr, chaque patient, dans la confidentialité de la relation duelle, peut parler de son intimité sexuelle, mais dans le collectif soignant, on n'aborde pas fréquemment ce sujet de la sexualité, c'est plutôt le silence.

Bien sûr, l'arrivée du Sida a joué, en psychiatrie comme en médecine, son rôle de révélateur et créé un devoir de réflexion pour le collectif soignant. Adopter une attitude de prévention, informer le plus largement possible patients et personnels, parler davantage et, confrontés à quelques difficiles situations à risque, préciser à nouveaux les repères éthiques et déontologiques de notre pratique, est de notre devoir à tous.

[1] - Pauvre soignant, surtout s'il est stagiaire. Il peut, dans certains services, se retrouver confronté aux moqueries et à l'incompréhension de ses collègues.

[2] - Cela dépend essentiellement du médecin chef et du cadre infirmier supérieur. Dans certains endroits rien ne se dit et cet état d'esprit est au risque des malades.

PAROLES DE PATIENTS ET DE SOIGNANTS AUTOUR DE LA SEXUALITE ET DU VIH

Mme Dominique ROLLAND

Psychologue clinicienne, Association PSY FORM

sommaire

Cette synthèse vise à rendre compte d'un travail, initié en 1995 dans cinq établissements publics de santé, par un groupe de psychiatres qui avait pour objectif de faire un état des lieux de la prévention de la transmission sexuelle du VIH parmi les patients suivis en psychiatrie, de recueillir les représentations des professionnels et d'identifier quelques-unes des problématiques rencontrées par les patients.
Un deuxième objectif poursuivi par le groupe de travail était, au travers de la participation des services et des comptes-rendus aux équipes, de soutenir une mobilisation et une sensibilisation des équipes sur la question de la prévention.

LA SEXUALITE DES PATIENTS

Il a été un moment implicitement admis que l'institution psychiatrique protégeait les patients des risques de transmission des MST et de l'infection à VIH du fait même des règles de fonctionnement qui interdisent la plupart du temps l'exercice de la sexualité. Les patients hospitalisés connaissent tous cette « interdiction » même si elle n'est que rarement explicitement énoncée. Un certain nombre d'entre eux témoignent de la construction de « stratégies de contournement » comme l'utilisation d'un lieu isolé dans le parc, l'observation des habitudes de surveillance des soignants... :

> *« Ben, on se cache hein ! On profite du temps où il y a la relève, ou la nuit... puisqu'on sait à peu près les heures où passent les infirmières de nuit et tout... donc on a toujours une marge... à partir du moment où on est, on n'a pas le droit de sortir, ça se passe à l'intérieur... »* (homme, 38 ans)

> *(« Quand vous vous êtes rencontrés à l'hôpital, vous avez commencé à avoir une relation sexuelle à l'hôpital ? »)*
> *« Ben, c'était pas facile dans les bois, dans les bois (elle rit)... oui c'était vraiment... mais lui mettait pas beaucoup de tendresse, bon vraiment c'était très rapide, c'était un peu tirer, excusez-moi l'expression, mais tirer un coup ou alors c'était un peu... ni plus ni moins hein, je veux dire c'est rapide. »* (femme, 31 ans)

L'objectif du contournement de l'interdit n'est pas dans la transgression en elle-même, mais plutôt dans la recherche d'une intimité et le choix du lieu cherche à éviter de placer l'autre en position de voyeur et soi-même en position d'exhibitionniste.
Lorsqu'un patient dit n'avoir pas eu de relations sexuelles à l'hôpital, ce n'est jamais en référence à cette interdiction, mais c'est par absence de désir (les médicaments sont alors évoqués), absence de partenaire, l'existence d'un(e) partenaire à l'extérieur, refus de « le faire entre malades.»
Par ailleurs, certains témoignages évoquent clairement le fait que ces relations sexuelles ne sont pas toujours entre deux personnes consentantes ou que le consentement de l'une est soumis parfois à de pressantes demandes matérielles :

> *« Ben... moi ce qui m'est arrivé, bon, plusieurs fois, c'est que bon, ben simplement ben ils voulaient tirer leur coup dans un petit coin, à côté, dans les bois qu'il y avait à côté euh... ils pensaient qu'à ça ou sinon il fallait leur payer des cigarettes, il fallait leur payer un café, une boisson... voilà ! «* (femme, 29 ans)

> *« Malheureusement oui ! ... oui ! J'ai eu... des filles qui étaient pas très nettes dans leur tête, mais qui étaient jolies, il y en avait qui abusait d'elles, tout ça quoi... donc, je trouve ça un peu salaud quoi ! parce que... elles avaient pas trop d'argent donc euh... le type, il profitait d'elles, il disait « je te paie un café et tout euh... je te paie un paquet de cigarettes » et il partait avec elle... «* (homme, 33 ans)

Enfin, la majorité des patients rencontrés ont témoigné d'une sexualité active, ponctuelle ou régulière, dans les établissements ou à l'extérieur, et les deux tiers évoquent plusieurs relations sexuelles « non protégées » ces dernières années.

L'INFORMATION DONT DISPOSENT LES PATIENTS

Un des objectifs des entretiens était l'évaluation des connaissances des patients sur la nature et la gravité de la pathologie, les modes de contamination et les moyens de prévention, le test de dépistage, l'hypothèse étant que ces informations étaient incontournables pour pouvoir intégrer la prévention dans ses relations sexuelles.

Les représentations du sida les plus fréquentes sont celle d'une maladie mortelle, à la fois rapidement et inéluctablement. Ces représentations étant exprimées par des personnes souffrant d'une autre pathologie, c'est dire qu'elles vont se positionner différemment du « tout venant » face à une pathologie grave. Pour eux, il s'agira d'une autre pathologie voire d'une pathologie supplémentaire.
On peut ainsi repérer les positions suivantes qui seraient à prendre en compte dans un travail de prévention auprès des patients hospitalisés en psychiatrie :

> Le sida c'est comme la maladie mentale
> Parce que j'ai la maladie mentale, j'ai le sida.
> Parce que j'ai la maladie mentale, je ne peux pas avoir le sida.
> Si j'avais le sida, j'aurais moins de maladie mentale.

Chez les professionnels, bien que de façon un peu différente, on retrouve cette difficulté à associer maladie mentale et infection par le VIH.

En terme de perceptions pour les patients, c'est « une maladie qui se voit » au travers en particulier de l'amaigrissement, des altérations de la peau... Cette représentation prédominante joue un rôle important dans la prévention, notamment dans les critères de choix du partenaire mais aussi dans la perception de son exposition au risque. En effet, on peut noter que le fait d'être en « bonne santé » et, en particulier, de ne présenter aucun des symptômes liés à la représentation qu'on a de la maladie peut être un frein à la démarche de test.

En ce qui concerne les modes de transmission, tous les patients rencontrés savent que le VIH peut se transmettre par voie sexuelle, et, la plupart d'entre eux savent qu'il est possible d'être contaminé par voie sanguine (transfusion ou échange de seringues.) Tous connaissent l'intérêt du préservatif masculin comme mode de prévention mais les lieux d'acquisition restent, sauf la pharmacie, mal connus y compris lorsqu'ils sont mis à disposition dans les institutions.

Cependant la représentation de la fiabilité du préservatif laisse à désirer pour bon nombre de patients, un tiers d'entre eux évoquent la possibilité d'un « claquage » et un lien est fait avec le lieu d'acquisition : la qualité est perçue comme meilleure lorsqu'ils sont achetés en pharmacie. Enfin, quelle que soit la qualité du préservatif, elle n'est pas perçue comme suffisante pour se protéger d'une transmission lors d'une relation sexuelle avec une personne séropositive.

Toutes les personnes rencontrées évoquent le test de dépistage ou la possibilité de faire un examen sanguin pour connaître sa sérologie. Les deux-tiers des patients disent avoir fait au moins un test, parfois plusieurs, à partir d'une démarche personnelle ou à l'occasion d'un autre examen biologique. Il est par ailleurs préoccupant de constater que plus de la moitié des patients pensent que le test de dépistage des anticorps anti-VIH est fait systématiquement à l'admission à l'hôpital et l'absence de communication des résultats est alors interprétée comme un résultat négatif.

Un certain nombre de patients ont demandé un dépistage dans un contexte qu'on pourrait définir comme « adapté », c'est-à-dire soit comme bilan à la suite d'une relation sexuelle non protégée, soit dans une démarche conjointe des deux partenaires avec l'objectif de retirer le préservatif. On peut ainsi observer un lien très net entre le fait d'avoir intégré les informations et une utilisation « correcte » ou « adaptée » de la demande de sérologie de l'infection à VIH.

Par ailleurs, au cours d'un certain nombre d'entretiens où des patients ont évoqué de façon précise les modes de transmission, l'existence du préservatif et du test de dépistage, il est apparu que quelques-uns parmi ces derniers se comportaient comme si ces informations restaient en quelque sorte complètement extérieures à eux-mêmes. Ceci nous a amené à distinguer d'une part, des patients pour lesquels il est possible de dire que l'information est « intégrée », c'est-à-dire qu'elle est devenue en quelque sorte une règle qu'ils peuvent s'imposer ou transgresser, comme en témoigne cette jeune femme :

> *« J'ai eu beaucoup de chance, avec tous les dérapages que j'ai essuyés, je suis passé au travers, là j'attends mon test, si ça se trouve, je vais être positive ! (montée d'angoisse), on verra bien... »*

d'autre part, des patients pour lesquels il est au contraire plus plausible de poser l'hypothèse d'une « non-intégration » de cette information. Pour ces derniers, il s'agit d'une contrainte extérieure, un savoir extérieur. Ils n'ont pas incorporé l'information au sens de pouvoir « se le dire » (culpabilité, décision du test) comme ce jeune homme :

> Il dispose d'informations correctes sur les modes de transmission et sur l'existence d'un test de dépistage. Il dit avoir eu une relation sexuelle non protégée, à l'hôpital, avec une jeune femme ayant développé un sida. Il dit, sans aucune angoisse, avoir couru un risque et l'annule instantanément en évoquant sa forme éblouissante. Il confirme qu'il n'a jamais pensé à faire un test. Il a actuellement des relations sexuelles qui sont protégées mais seulement parce que son amie le lui demande.

Faut-il préciser que le fait d'avoir « intégré » ou non les informations ne garantit en aucun cas la capacité de la personne à adopter des comportements de prévention mais qu'il s'agit peut-être d'une condition nécessaire a minima.

LES PATIENTS ET LA PREVENTION DE L'INFECTION PAR LE VIH

L'analyse des entretiens a permis de recueillir un certain nombre d'éléments, en lien avec l'utilisation du préservatif, qui vont participer aux difficultés de prévention. On peut ainsi faire une distinction entre des éléments qui relèveraient plus de l'utilisation du préservatif au sens « technique » en quelque sorte (le mode d'emploi, une érection rendue difficile...) et des éléments qui relèveraient plutôt de « l'usage », c'est-à-dire de tout l'imaginaire que le préservatif vient convoquer dans la relation, comme, par exemple, le sentiment d'une séparation entre soi et l'autre qui rencontre le fantasme de « ne faire qu'un » dans la relation amoureuse.

On peut noter que, malgré l'information sur le préservatif et au-delà des difficultés liées à son utilisation, la question de sa fiabilité reste ouverte et son emploi n'apporte pas un réel sentiment de sécurité. Par ailleurs, parler de l'efficacité du préservatif n'est quasi jamais spontanément compris dans une relation avec un partenaire séropositif. En effet, pour la majorité des patients, comme dans la population générale, ce cas de figure amène le plus souvent à exclure d'emblée les possibilités de rapports sexuels, le préservatif apparaissant dans ce cas-là comme une barrière dérisoire. Cette stratégie d'évitement des relations sexuelles en lien avec le sentiment que le préservatif n'est pas quelque chose de vraiment fiable amène certains patients à mettre en place des logiques de prévention telles que :

> Je ne peux pas m'éprouver dangereux pour l'autre
> Je suis séronégatif parce que je suis en bonne santé
> Donc je n'ai pas besoin de préservatif pour protéger l'autre
>
> Si l'autre est séropositif, il doit mettre un préservatif pour me protéger
> S'il met un préservatif, c'est qu'il est séropositif
> Donc je n'ai pas de relations sexuelles avec lui
>
> Si l'autre est séropositif, il doit mettre un préservatif pour me protéger
> Mais s'il ne met pas de préservatif, c'est qu'il est séronégatif
> Donc il n'est pas nécessaire de me protéger

Les propos recueillis ont permis aussi d'identifier des paramètres intervenant dans la prévention et que l'on retrouve dans la population générale, comme les difficultés de la négociation :

> « *Le préservatif, il en était presque pas question, on l'avait presque pas abordé et le test... il refusait. Et j'ai du être intimidée par cet homme, il y avait une relation de force quelque part, et il y avait des choses que j'arrivais pas à aborder facilement avec lui, même si ça atteint ma vie... je serais en danger de mort* ! » (femme)

> *« .....S'il m'en parle pas, je n'oserais pas demander »* (femme)

Certains paramètres sont en lien direct avec ce qui a motivé l'hospitalisation des patients et / ou avec le fait de vivre dans une institution :

> *« L'autre femme dont elle m'a parlé, pour moi, c'est presque plus apparenté à un viol vu que cette femme n'était pas forcément en toute possession de ses moyens psychiques et de compréhension intellectuelle, ce qui fait, qu'en fait... pour parler vulgairement, tout le service lui est plus ou moins passé dessus sans qu'elle ait demandé quoi que ce soit en échang,e sauf peut-être une relation de tendresse que d'ailleurs elle n'a pas eu du tout...* » (femme)

Par ailleurs, certains patients peuvent se saisir de la possibilité d'une contamination comme modalité de mise en acte d'un désir de mort ou investir le fait d'être contaminé d'un caractère positif :

> « *Elle m'a demandé si je pouvais faire l'amour avec elle pour lui transmettre le virus parce qu'elle voulait avoir le virus... et je me suis dit mais... c'est une femme qui est un petit peu comme moi, elle a envie d'un certain côté de mourir, d'un certain côté de, de d'appeler au secours, au secours ! ... là, j'avais pas de préservatif... elle savait qu'est-ce qu'elle faisait, elle m'a dit « je veux attraper ça, je veux l'avoir »...* » (homme séropositif)

> « *Très vite avec cette personne, je n'ai plus utilisé le préservatif, ou une fois sur deux, ou... toutes les fois qu'on l'a pas utilisé, en fait moi, j'ai a priori pu identifier ces moments-là avec des moments où j'étais en situation de fragilité psychique... j'envisageais pas le lendemain... ou alors je le fuyais ou alors de toutes façons, c'était pour se détruire donc...* » (jeune femme hospitalisée pour une tentative de suicide)

Le fait d'être atteint d'une maladie psychique peut être interprété comme fermant la possibilité de contracter une autre pathologie (somatique en l'occurrence) :

> « *C'est-à-dire que, disons que personnellement, je n'ai jamais eu l'impression de pouvoir développer cette maladie... je me suis dit « non, ça ne m'arrivera pas »..... je crois que ça n'arrive pas tout à fait par hasard malgré tout..... je crois un peu à une sorte de prédestination quand même quelque part »* (jeune femme, la trentaine, qui se dit médium)

L'hospitalisation peut protéger provisoirement de l'exposition à un risque (par exemple, refuser des relations sexuelles avec des personnes hospitalisées ou parce qu'on est malade) ou favoriser au contraire une plus grande exposition au risque *« car si quelqu'un était contaminé cela se saurait, entre nous il n'y a pas de danger...* » :

> « *Du fait qu'on est sécurisé à l'hôpital, on ne pense pas tellement à... tous ces problèmes à ce moment-là, mais on est... on est un peu... on est sûr de soi quoi ! je veux dire : on est dans un cercle fermé, on sait que les examens seront faits systématiquement donc, bon c'est vrai qu'on a quand même tendance à se laisser aller plus que... plus qu'à l'extérieur... on a tendance à se rassurer, à se dire, bon je risque rien... »* (homme)

L'ensemble des entretiens témoigne, s'il en est besoin, que la prévention ne peut, en aucun cas, être réduite à un comportement individuel, voire volontariste, mais que sa possibilité de mise en acte présuppose l'existence de nombreux éléments, tant conscients qu'inconscients, et passe nécessairement par une négociation (plus ou moins explicite) dans la relation avec le (la) partenaire, voire par une délégation au partenaire.

Elle ne peut donc jamais être considérée comme un comportement définitivement « acquis » : les connaissances d'une personne, son état psychique, la nature de la rencontre et ce qui est en jeu dans la relation, etc. sont autant de paramètres déterminants dans cette négociation qui va se rejouer non seulement avec chaque nouveau partenaire, mais aussi lors de chaque nouveau rapport sexuel avec le même partenaire.

LES PROFESSIONNELS ET LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

La prévention est majoritairement considérée comme faisant partie du rôle professionnel.
La plupart des répondants affirment que la prévention n'est pas uniquement l'affaire du patient et les trois quarts considèrent que leurs interventions peuvent conduire les patients à modifier un comportement à risque. Cependant si, au travers des questionnaires, l'intérêt de l'exercice d'une prévention auprès des patients semble fédérer l'ensemble des intervenants en psychiatrie, les entretiens montrent que ces réponses doivent être interprétées de façon beaucoup plus différenciée, notamment en fonction des rôles professionnels : en effet, les médecins psychiatres se positionnent globalement de façon plus institutionnelle (la prévention est nécessaire dans l'institution mais ne relève pas directement de leur rôle) là où les infirmiers(ères) perçoivent la prévention, au même titre que le soin, comme partie intégrante de leur rôle professionnel. Ce type de positionnement favorise un désinvestissement des médecins évoqué par presque toutes les équipes et la délégation de responsabilité vers les infirmiers(ères).

Les médecins perçoivent différemment leurs responsabilités lorsque le patient est hospitalisé (sentiment de responsabilité maximum) ou lorsqu'il est suivi en ambulatoire (la responsabilité est dégagée du fait de l'impossibilité d'une surveillance hors institution et éventuellement déléguée aux parents ou aux tuteurs). Il faut noter que les infirmiers(ères) n'évoqueront jamais cette différence.

Les acteurs de prévention évoqués, au niveau institutionnel, sont les Comités Sida, à qui est déléguée la réflexion de fond sur l'infection à VIH, et les référents des différents services qui sont le plus souvent des infirmiers(ères) volontaires. Le choix d'un « référent » a pour avantage de faciliter les liens entre les équipes et les activités du Comité Sida, mais favorise aussi, dans les services, une sorte de délégation des problèmes liés au VIH uniquement vers le référent qui devient en quelque sorte « le spécialiste ».
La délégation de la prévention à la responsabilité, aux représentations des rôles professionnels et au bon vouloir de chacun, permet de faire l'économie d'un travail d'équipe qui, d'une part, offrirait un cadre et un soutien aux soignants, et d'autre part, permettrait une appropriation progressive d'une sorte de « culture » de prévention à l'intérieur de l'institution psychiatrique, qui de l'infection par le VIH pourrait s'étendre à d'autres problématiques.

LES ACTIONS DE PREVENTION EN DIRECTION DES PATIENTS

Globalement, *trois types d'actions de prévention* sont développés en direction des patients.

L'interdiction des relations sexuelles à l'intérieur des établissements est sûrement la première même si elle n'est jamais citée comme telle et si elle a été mise en place bien avant l'émergence de l'infection par le VIH. Les informations recueillies auprès des professionnels et des patients permettent d'en percevoir, au-delà des questions éthiques rarement posées, très rapidement les limites.

Le deuxième axe est représenté par la mise à disposition de préservatifs masculins qui est effective dans tous les établissements enquêtés mais, signe probable d'une résistance, les lieux ne sont pas souvent identifiés ni par les soignants ni par les patients, le réapprovisionnement est très loin d'être régulier et systématique. Enfin, les modalités de distribution sont extrêmement variables d'un service à l'autre, voire à l'intérieur d'un même service (à disposition libre et anonyme, nécessité de demander, distributeur...)

Les autres actions de prévention sont peu nombreuses, quasi uniquement sur l'initiative des infirmiers(ères) et le plus souvent sous la forme d'un entretien où il s'agit essentiellement de rappeler les informations et de passer un message exhortatif comme : « il faut faire attention, mettez un préservatif.»

Ces interventions se fondent sur un certain nombre de postulats qui sous-tendent les actions de prévention et qui auraient besoin d'être interrogés plus avant, comme : « l'information amène un changement de comportement », « personne ne souhaite être contaminé », « la prévention est du domaine de la maîtrise, du conscient »...

Par ailleurs, ce choix de la relation duelle pourrait ouvrir la possibilité d'une personnalisation de l'approche de la prévention en fonction des difficultés rencontrées par le patient, mais il a pour inconvénient d'être entièrement laissé à l'appréciation des soignants et présuppose implicitement pour eux une capacité à parler de sexualité.
Or, permettre cette parole est ressenti, par les professionnels, comme se placer en contradiction avec l'interdiction des relations sexuelles dans l'institution. Parler de sexualité ou de pratiques sexuelles, est aussi le plus souvent perçu comme une possibilité de faire effraction dans l'intimité du patient et de modifier la nature de la relation soignant-soigné en intégrant des éléments vécus comme potentiellement provocateurs ou séducteurs difficilement intégrables dans cette relation.

Parmi les autres problématiques rencontrées par les infirmiers(ères), mais aussi largement partagées par les autres professionnels, on identifie la difficulté d'aborder le thème des relations sexuelles, l'absence de discours possible en équipe sur la sexualité, l'absence de formation sur le sujet, les représentations qu'ont les personnels de la sexualité des « malades mentaux », représentations qui oscillent entre « les images de la prostituée, de l'innocent ou de l'animal. »

CONCLUSION

L'ensemble des patients et des professionnels rencontrés pour les besoins de ce travail ne cherche pas à constituer un échantillon représentatif (au sens statistique du terme) de tous les patients suivis en psychiatrie pas plus que de tous les intervenants dans l'institution, mais il rend compte assez fidèlement de la diversité des situations auxquelles il est possible d'être confronté. Il resterait à prendre en compte également les patients non représentés dans ce travail, c'est-à-dire ceux qui ne bénéficient pas et ne bénéficieront jamais d'un suivi ambulatoire du fait, entre autre, de leur pathologie.

L'enquête auprès des patients montre que le niveau d'informations « objectives », celles considérées comme indispensables pour pouvoir a minima se poser la question de la prévention, est relativement uniforme et satisfaisant. Mais il reste nécessaire d'aborder la question de la capacité d'intégration de cette information par un certain nombre de patients, et ensuite la possibilité qu'ils puissent mettre en acte une prévention pour eux-mêmes.
Or le travail auprès des soignants montre, a contrario, un surinvestissement de l'action de prévention sous la forme d'une transmission d'informations et de conseils par rapport à un travail d'élaboration sur ce qui viendrait faire obstacle à la prévention. Les éléments recueillis auprès des patients obligent donc à positionner différemment la dimension de la prévention dans l'institution, par exemple : élaborer des modalités d'évaluation de l'intégration de l'information par les patients, estimer comment les patients se positionnent face au fait que l'infection à VIH est une maladie transmissible, quelles possibilités a tel ou tel patient de négocier une protection personnelle, jusqu'où est-elle pondérée par leur niveau de dépendance affective et/ou matérielle, etc.

On a pu observer que la maladie mentale et l'hospitalisation en psychiatrie jouent un rôle, variable selon les personnes, dans la réduction ou la majoration des risques. Ceci amène à penser qu'il ressort de la responsabilité des personnels de repérer comment la maladie et le suivi psychiatrique, voire l'hospitalisation, vont jouer précisément pour cette personne-là.
Il s'agit alors très clairement de la nécessité d'individualiser le travail de prévention en fonction des difficultés rencontrées par chaque patient. Ceci s'inscrit tout naturellement dans le principe que la reconnaissance d'une individualisation des besoins fait partie de la relation thérapeutique, elle-même individualisée, dans un parcours où soignant et soigné s'accordent de part et d'autre un droit à la parole et à l'écoute.

Cette prise en compte d'une prévention personnalisée suppose d'abord une redéfinition de la prévention comme « mise au travail », au sens psychique du terme, plutôt que comme transfert d'informations.

Cela entraîne dans le même temps de repenser la place de la prévention d'une maladie somatique dans l'institution psychiatrique, c'est-à-dire dans un espace où la dimension psychique prime le plus souvent sur la dimension somatique et où la question de l'articulation de ces deux dimensions n'est quasiment pas prise en compte. En effet, si d'un côté le travail auprès des soignants montre que, lors d'un moment de crise pour le patient, aborder la question du VIH est perçu comme secondaire, d'un autre côté les entretiens avec les patients révèlent que c'est alors un moment de fragilité, où se protéger du VIH peut sembler dérisoire ou que se contaminer peut devenir souhaitable.

En ce sens, deux axes de travail complémentaires seraient à privilégier : une prévention dite « active » c'est-à-dire : comment aider le patient à progresser compte-tenu de ses contraintes, et une prévention dite « passive » à savoir : que peut faire l'institution pour diminuer l'exposition au risque du patient de manière indirecte, par exemple la mise en place d'un suivi gynécologique régulier visant à identifier et soigner les MST, les lésions vaginales, l'existence d'un espace de parole sur la sexualité, etc.
En ce sens, l'interdiction des relations sexuelles, implicite ou explicite, présente dans tous les établissements (ainsi que les mesures d'isolement ou de surveillance accrue) a été spontanément adoptée par les équipes comme une première modalité « passive » de prévention. Mais, outre que cette interdiction pose des problèmes éthiques et déontologiques, elle amène d'une part, les patients à des contournements clandestins, d'autre part, les soignants à ne pas investir dans d'autres modalités de prévention. Ces interdits fondent aussi un espace dans et sur lequel toute parole sur la sexualité est rendue impossible tant du côté des soignants que de celui des patients.

LA VULNERABILITE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES USAGERS EN SANTE MENTALE

Mme Claude FINKELSTEIN

Présidente de la Fédération Nationale des Associations de Patients en Psychiatrie,
Membre du Comité Consultatif de Santé Mentale

Mme Claude FINKELSTEIN, a été retenu ce vendredi 6 décembre 2002, à PARIS, pour un rendez-vous important au Ministère. Elle nous a aimablement proposé la lecture du texte suivant.

sommaire

« La Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-patients en Psychiatrie regroupe 38 associations sur toute la France, associations de personnes souffrant d'une même pathologie comme MEDIAGORA PARIS (phobiques sociaux) ou de personnes en souffrance psychique toutes pathologies confondues.
Les associations travaillent sur le terrain, par l'entraide, l'écoute, les réunions à thèmes.
La Fédération travaille avec les institutions pour la représentation des usagers, leur reconnaissance. Elle siège aux conseils d'administration des hôpitaux, a signé la « Charte de l'usager en santé mentale », participe aux diverses réflexions notamment auprès des services du Ministère, édite le "Journal de la folie ordinaire."

La personne qui souffre est vulnérable.

La souffrance psychique rend encore plus vulnérable.
Dans le cas le plus douloureux, celui qui nous intéresse en premier chef, l'internement, cette vulnérabilité accompagne la détresse, détresse de souffrir, détresse de ne pas savoir pourquoi, détresse du refus de l'acceptation de la maladie, détresse causée par le sentiment d'être trahi, abandonné.
Cet enfermement crée à la fois un besoin de contact affectif exacerbé, des besoins à assouvir d'une manière ou d'une autre et l'impossibilité de fuir.
La promiscuité, l'inaction, le mélange des pathologies, engendre une demande accrue d'attention, d'écoute, demande qui ne peut pas être entièrement satisfaite par l'équipe soignante.
La femme comme d'habitude est la plus vulnérable, parce que de tous temps elle a été la proie, le défouloir d'une certaine violence.
De plus, les médicaments font que certaines personnes ne se "rendent" pas bien compte de ce qu'elles font, qu'elles soient agresseurs ou victimes, certains médicaments levant les inhibitions, d'autres annihilant toute volonté.

Tout est différent pendant une hospitalisation
Certains usagers l'expriment très bien une fois sortis, ils avouent avoir eu des relations qu'ils n'auraient jamais eu dehors.
L'enfermement, la promiscuité, l'inaction, amènent des relations passant outre certains interdits, font disparaître toutes les règles habituelles qui régissent la vie normale en société.
De plus, la culture psychiatrique est une culture d'irresponsabilité et je dirais même d'irréalité. "Je ne suis pas responsable, je suis malade".
Cette irresponsabilité peut aboutir à la négation des droits de la victime.
Cela entraîne autant pour les soignants que pour les patients, soit une négation des faits, soit une culpabilité ou une stigmatisation, qui faussent la réalité simple de la vie.

De plus cette grande demande d'attention, ce besoin de contacts, engendrent une misère affective, une dépendance, qui font que, très régulièrement, certaines personnes prêtent leur corps contre une cigarette par exemple.
Je tiens cependant à spécifier que cela va au de la de la notion de prostitution.

Toutes ces questions, déjà extrêmement délicates pour des personnes dites "saines d'esprit ", et placées dans un milieu normal, prennent une dimension encore plus importante quand il s'agit de personnes en souffrance psychique, et de plus enfermées dans un lieu clos, loin de leur lieu de résidence, et en dépendance complète du corps médical.

Nous sommes donc une population à risques.

Risques intra hospitaliers, où souvent la relation sexuelle est niée, voire interdite, et pourtant je l'ai déjà dit, favorisée par l'inaction, la dépendance et la promiscuité.
Et où certaines histoires comme celle que je vais vous raconter sont monnaie courante.

J'ai été appelée d'urgence pour une histoire de viol dans un CHS parisien.
Afin de "calmer" les esprits, j'ai pris rendez-vous avec les autorités (Médecin-chef, Président de la CME, Directeur du CHS, représentant du personnel infirmier) avant de rencontrer la "victime".

Dans un contexte un peu difficile, une infirmière de nuit a trouvé un patient, Mr Y, dans la chambre de Mme X. Sur le rapport était mentionné que Mr Y était sur Mme X, tous nus tous les deux, Mme X semblant consentante. Mr Y s'est levé à la demande de l'infirmière, il était en érection. L'infirmière a appelé des renforts, Mr Y a vu sa médication de neuroleptiques doublée, et s'est retrouvé en chambre d'isolement. Mme X refuse de porter plainte. Le Médecin-chef estime qu'elle n'est " pas en mesure de discernement " et parle de " viol ". Lorsque je demande si Mr Y avait un préservatif, tous les regards se tournent vers moi, et je sens bien que ma question est déplacée. Et pourtant il me semble que c'est le plus important, puisque autant pour Mr Y que pour Mme X l'hospitalisation est au long cours, qu'il semble, après enquête, qu'ils ont l'habitude de ces relations, entre eux, mais également avec d'autres partenaires. De plus Mme X est en âge de procréer.

Cette histoire montre bien que l'institution psychiatrique a beaucoup de mal à être cohérente dans son fonctionnement.
Ou bien c'est un lieu de soins, temps court, et les relations sexuelles ne peuvent être "qu'accident " de parcours ou bien c'est un presque "lieu de vie", et alors les relations sexuelles ne peuvent être niées.
Une bonne médecine somatique doit être prodiguée, avec des informations ouvertes, apportées dans le langage le plus simple, avec le maximum de respect.

Les usagers en psychiatrie nient souvent leur corps.
La souffrance psychique est très forte, comme une vague qui entraîne tout, et les souffrances physiques oubliées, mises de côté, autant par l'usager que par les soignants.

Ces usagers ne font pas de demandes d'attention de soins pour ce corps oublié. Alors la prévention, quelle place peut elle avoir ?
Il est important que vous, soignants, ayez toujours cette réflexion à l'esprit, pour demander, devancer les questionnements, les interrogations, les peurs, mettre des mots sur les peurs, sur le futur, toujours ramener le patient dans la réalité simple de la vie.
Si leur misère affective, si leur besoin de « rapports » sexuels est occulté, culpabilisé, vous ne pourrez pas avoir ce rôle.

Il faut donc informer simplement, et le généraliste est souvent l'interlocuteur privilégié. L'information, la possibilité de se procurer des préservatifs sans demander, sans justifier, sont les moyens les plus sûrs de prévention des MST.
Une fois la question m'a été posée par un parent d'une fille hospitalisée sous contrainte, et qui est ressortie enceinte de trois mois : " la grossesse est-elle une infection nosocomiale ? "

Tous ces risques sont importants pour les personnes en souffrance psychique.
Risques dans la vie de tous les jours pour certains, comme les personnes en phase maniaque, qui peuvent avoir des relations sexuelles sans réflexion, sans connaissance du partenaire
De là, toute l'importance de la connaissance des maladies sexuellement transmissibles, du respect de son corps, de la facilité pour tous d'obtenir des préservatifs, sans obligation de demander, d'une grande information pour que cet acte banal, ne devienne pas un enjeu de vie ou de mort.

Je pense que ce sujet, à la fois grave et humain, simple et si compliqué, devrait pouvoir être discuté dans chaque équipe, dans chaque service.
Une formation pourrait être mise en place, sous forme de rencontres avec les équipes, dans lesquelles un usager, un soignant engagé dans la lutte contre le Sida, pourraient apporter leur regard, leur connaissance, leur écoute, afin que chaque équipe prenne la mesure de son attitude face à cette question, et puisse trouver sa réponse adaptée à son propre fonctionnement interne, et à l'attente légitime des usagers. »

SEXUALITE A L'HOPITAL :
DROITS, OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES

Thierry CASAGRANDE

Directeur juridique ANALYS – SANTE, PARIS

sommaire

Dans un cadre strictement privé, le droit d'entretenir des relations sexuelles entre personnes adultes ne fait aucun doute dans les esprits. Ce droit aux relations sexuelles n'est certes pas inscrit en tant que tel, ni dans la Constitution, ni dans le Code Civil, ni dans un règlement quelconque, ni encore dans les conventions internationales. Toutefois, il est présent. Qui ne connaît pas le devoir conjugal, inscrit dans le Code Civil ? De même, nous connaissons les interdictions pénales fondamentales : le viol, les violences et abus sexuels, autorisant *a contrario* la sexualité. La réglementation concernant les mineurs est quant à elle bien présente, sous forme d'interdits, et ce tant en droit de la presse qu'en droit pénal, par exemple.

Quand est-il à l'hôpital ? La question est difficile.

Là encore, si l'on examine les textes applicables, on ne trouve aucun élément spécifique. La loi hospitalière n'en parle pas. La loi du 4 mars 2 002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* n'en souffle pas mot. Les dispositions concernant l'hospitalisation sans consentement restent également silencieuses sur la question, *etc.*

Nous apporterons simplement ici quelques pistes de réflexion concernant les relations sexuelles à l'hôpital. Nous considérerons que la sexualité est relative à toute activité de nature sexuelle, quelle qu'elle soit.

Posons-nous alors la question sous une autre forme : quelles sont les limites aux relations sexuelles ?

Chaque droit s'exerce en effet dans certaines limites. Ce principe peut s'illustrer par l'article 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789, aux termes duquel :

> *« La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi. »*[1]

La sexualité est-elle un droit ?

Une réponse positive peut être apportée à cette question. En ce sens, la sexualité peut s'analyser comme une modalité d'expression de la liberté individuelle, par ailleurs protégée par le respect de la vie privée.

Il est vrai qu'à notre connaissance, on ne trouve pas directement de grands textes à valeur normative, lesquels fonderaient un droit à la sexualité, comme par exemple les révolutionnaires ont pu affirmer un droit à la propriété.

Mais le droit à une vie sentimentale est protégé par l'article 9 du Code civil.

> *« Chacun à droit au respect de sa vie privée. »*[2]

Lorsqu'il est amené à se prononcer sur le "droit à la sexualité", le Juge le rattache aux libertés, aux principes généraux du droit, au respect de la vie privée, à la Constitution et à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme.

[1] Le préambule de la Constitution de la V^{ème} République renvoie à La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen.
[2] Article 9 alinéa 1 du Code civil.

L'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme pose en effet, en deux paragraphes, que :

> « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.
> *Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, au bien être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »*[1]

Par ailleurs, on trouve quelques décisions concernant la sexualité, non pas au regard de la sexualité à l'hôpital mais en droit de la presse[2]. Des photographies ou articles de presse présentent parfois des situations relevant de la vie privée et plus particulièrement de la vie intime. Le Juge s'emploie à protéger la confidentialité de ces relations lorsque, par exemple s'agissant de photographies, les clichés présentent des personnes se trouvant dans des lieux privés fermés au regard du public, et sont réalisées et diffusées sans le consentement des intéressés.

Les relations sexuelles dans un cadre privé et à l'abri du regard d'autrui sont donc parfaitement licites.

Qui pourrait juridiquement limiter la liberté sexuelle ?

A titre principal, la liberté sexuelle pourrait être limitée par :

- le législateur lui-même ;
- la jurisprudence, dans son interprétation du droit ;
- la déontologie professionnelle, et en particulier la déontologie médicale ;
- l'autorité disciplinaire, pour les professionnels de santé, qui pourrait sanctionner tel ou tel type de comportement concernant le comportement des agents ou salariés au travail. Mais en théorie, l'autorité disciplinaire peut également sanctionner un certain laisser-aller dans l'attention portée aux patients, lesquels compromettraient le respect de l'ordre et des bonnes mœurs au sein de l'établissement ;
- les parties à un contrat, qui pourraient accepter de s'imposer telle ou telle règle de conduite (ou, dans le secteur public, la situation statutaire du patient résultant des règles fixées par le législateur) ;
- le règlement intérieur de l'établissement qui pourrait imposer certaines règles (horaires, conditions des visites, tenue...). L'autorité de police de l'établissement peut également prendre des mesures envers les contrevenants, patients ou visiteurs. A noter qu'un Directeur d'établissement psychiatrique s'est vu reconnaître le droit de conditionner la visite d'un patient par un médecin généraliste à la présence d'un infirmier derrière une porte vitrée[3] ;
- l'autorité médicale ou administrative. Dans une certaine mesure, la prise en charge et la sécurité des patients peut exiger la mise en place de restrictions directes ou indirectes à leur liberté.

Que dit le droit pénal ?

Il existe un bon indicateur de ce qui est interdit, y compris en matière sexuelle : le droit pénal. Il permet au moins de fixer une limite haute.

Traditionnellement, les principales justifications à l'interdiction ou à la limitation du droit à la sexualité sont de trois ordres (sur les justifications à la limitation de la sexualité à l'hôpital, *cf. infra*) :

- la minorité ;
- les atteintes à l'intégrité de la personne ;
- l'ordre et les bonnes mœurs.

[1] Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme du 4 novembre 1950.
[2] Il existe également de la jurisprudence dans d'autres domaines, notamment en matière de harcèlement sexuel au travail.
[3] Conseil d'Etat, 17 nov. 1997, CHS Rennes, Rec. p. 433.

Au départ, on peut évidemment distinguer d'une part, les relations sexuelles consenties dans le cadre de l'intimité de la vie privée et d'autre part, les relations sexuelles imposées ou prohibées.

Sur le principe au moins, on pourrait faire entrer dans la catégorie des relations interdites, les relations sexuelles entre personnels (pendant le temps de travail), ainsi que les relations sexuelles entre personnel et patient (au moins pour les professions réglementées : infirmiers, médecins, *etc.*) Mais les relations sexuelles impliquant un personnel de l'établissement, ne nous intéressent pas ici, nous les considérerons comme prohibées.

Dans le cadre de l'interdit, le droit pénal ne considère pas qu'une atteinte à la morale ou à un principe religieux soit en soi répréhensible. Le droit pénal s'appuie davantage sur les mœurs, lesquelles évoluent.

A titre d'exemple, l'homosexualité constituait jusqu'à une loi du 23 décembre 1980, un outrage public à la pudeur aggravé. Tel n'est plus le cas aujourd'hui, l'homosexualité n'est plus réprimée spécifiquement.

Néanmoins, le droit pénal réprime les atteintes à l'ordre public :
- les comportements socialement dangereux ;
- les offenses à la pudeur.

Aujourd'hui, le code pénal distingue le viol des autres agressions sexuelles, à savoir l'attentat à la pudeur", le harcèlement sexuel, l'exhibition sexuelle (qui entrait autrefois sous la qualification d'outrage public à la pudeur".)

Nous retiendrons deux exemples particulièrement intéressants en psychiatrie.

- **L'exemple des atteintes sexuelles**

  « Le fait pour un majeur d'exercer sans violence, contrainte menace ni surprise une atteinte sur la personne d'un mineur de 15 ans est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. »[1]

  « Les atteintes sexuelles sans violence, contrainte menace ni surprise sur un mineur âgé de plus de 15 ans et non émancipé par le mariage sont punies de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende : lorsqu'elles sont commises par [schématiquement : un ascendant ou des personnes ayant autorité] *»*[2]

En d'autres termes, le fait pour un majeur d'avoir des relations sexuelles avec un mineur de moins de 15 ans est punissable pénalement, y compris si ces relations sont consenties par le mineur.

En tout état de cause, il est important de veiller, sans doute plus particulièrement encore, à la sécurité des mineurs.

- **Les atteintes graves à la personne**

Les sévices, notamment sexuels, et les crimes (ex : le viol) sont punis par le Code pénal[3].

Le Code pénal prévoit également des dispositions importantes concernant les atteintes sexuelles sur des mineurs de 15 ans et des personnes vulnérables.

> *«* [Le secret] *n'est pas applicable :*
> *1°- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été* ***infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique*** *;*
> *2°- Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.»*[4]

[1] Article 227-25 du Code pénal.
[2] Article 227-27 du Code pénal.
[3] Concernant la non-dénonciation des sévices et des crimes, *cf.* articles 434-1 et 434-3 du Code pénal.
[4] Article 226-14 du Code pénal. Mais attention à la manipulation de ce texte et des nuances qu'il implique.

Toute la difficulté est donc de savoir, parfois, si le patient est en mesure de se protéger...

Deux questions se posent alors dans certaines situations :
- se trouve t-on dans le cas de relations librement consenties ?
- que faire ?

Nous laisserons ces questions ouvertes, tant sur le plan de la conduite à tenir après une découverte de relations sexuelles compte tenu des limites de ce propos (*cf.* aussi ci-après, le paragraphe consacré aux AES), que sur le plan de la prévention (information, surveillance des patients, mise à disposition de préservatifs, contraception, sérologie...)

Quelles justifications à la limitation de la sexualité à l'hôpital ?

Outre les règles majeures et fondamentales liées à l'atteinte à l'intégrité de la personne et à la pudeur, quelles justifications apporter, si besoin, à la limitation de la sexualité à l'hôpital ?

Ces limitations peuvent résulter tant de l'organisation et du fonctionnement du service que de la sécurité et de la sauvegarde de la santé des patients.

Il est vrai que les patients ont des droits. Et face aux droits des patients, les établissements ont des obligations telles que :
- assurer des soins de qualité ;
- respecter les patients ;
- assurer leur sécurité.

Quelques droits des malades

- droit d'accès aux soins
- droit à la dignité
- droit à l'égalité de traitement
- droit à des soins de qualité
- droit à la sécurité
- droit d'aller et de venir
- droit au respect de la confidentialité de la vie privée
- *etc.*

NB : les droits sont restreints en cas d'hospitalisation sans consentement, notamment la liberté d'aller et de venir, le droit au respect du consentement, le droit à un accès direct au dossier médical.

De là pourraient résulter trois grandes catégories de limites à la sexualité :
- les atteintes au lien social ;
- les atteintes à la sécurité des personnes ;
- les besoins de l'organisation et du fonctionnement du service hospitalier.

La qualité de la prise en charge des patients, les conditions d'organisation des soins pourraient donc, pourquoi pas, constituer une limite à la sexualité dans certains cas.

Nous savons en outre, concernant l'hospitalisation sans consentement d'un patient, que *« les restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient doivent être limitées à celles qui sont nécessités par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement (...) »*[1]

[1] Article L 3211-3 du Code de la santé publique.

Ainsi, pourraient justifier une limitation :

- les entraves à l'organisation et au fonctionnement du service[1] (l'ordre) ;
- l'atteinte à la pudeur dans le service (les bonnes mœurs) ;
- la sécurité d'un patient ;
- la sécurité des autres patients et des tiers ;
- l'état de santé des patients ;
- le traitement.

Mais attention, *« un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. »*[2].

Les AES

Le cas particulier des AES (entendez ici Accidents d'Exposition au Sexe) doit interpeller.

Nous avons vu qu'il existe une obligation de sécurité (et de surveillance) des patients à la charge des établissements. Toute atteinte à ce droit à la sécurité et aux soins est de nature à engager la responsabilité de l'établissement, voire des professionnels de santé.

La circulaire (modifiée) du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH doit inspirer la conduite à tenir en cas d'AES, au moins lorsque ces relations sexuelles comportent des risques d'exposition au VIH.

On se reportera également utilement à la circulaire DGS/DH n° 96-494 du 5 août 1996 *relative à l'amélioration des relations entre les services de médecine et les services et établissements psychiatriques et au développement de la prévention de la transmission du VIH chez les patients en milieu psychiatrique.*

La question des responsabilités

De nombreux niveaux de responsabilité sont en jeux ici : civil, administratif, disciplinaire, pénal, déontologique, éthique...

La paternité et la maternité impliquent des droits et des obligations pour le père et la mère d'un enfant. La transmission d'une maladie grave à l'occasion de relations sexuelles peut engager la responsabilité personnelle de l'auteur de la transmission, *etc.*

Naturellement toute atteinte sexuelle (exemple : attouchement) qui serait commise par un professionnel de santé sur un patient soumis à un traitement altérant sa vigilance ou son discernement pourrait constituer, outre une infraction pénale, une faute détachable de service à l'hôpital (les affaires sont très rares, mais elles existent). On sait que la faute détachable de service est une faute personnelle qui engage la responsabilité de son auteur.

Si l'on s'attache à la simple hypothèse d'une contamination patient-patient à l'occasion de relation sexuelles dans l'établissement, force est de constater que la responsabilité de l'établissement est également susceptible d'être mise en cause, au moins dans certains cas.

La loi du 4 mars 2002 *relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé*[3] pose le principe suivant :

> *«Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout*

[1] Nous n'abordons pas ici la question du statut de la chambre du patient au regard de la notion de domicile.
[2] Article L 3211-4 du Code de la santé publique.
[3] Journal Officiel du 5 mars 2002, pages 4118 à 4159

établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.»[1]

En cas de faute, la responsabilité de l'établissement peut donc être engagée. La faute pourrait par exemple résulter d'un défaut de surveillance, d'un rapprochement géographique inapproprié entre un patient fragile et un patient dangereux, *etc.*

La loi du 4 mars 2002 crée aussi un **système d'indemnisation de l'aléa thérapeutique** (même si la loi n'utilise pas cette terminologie) en l'absence de toute faute démontrée :

«Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une ***infection nosocomiale*** *ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail.*
Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.»[2]

Ce texte ne pourrait-il pas servir de fondement juridique à une indemnisation d'un patient contaminé par des relations sexuelles à l'hôpital ? Les relations sexuelles ne sont-elles pas en effet l'un des facteurs de risque de transmission d'infections nosocomiales dans les établissements psychiatriques ?

Cette législation est encore trop récente pour définir précisément les contours de son application. Mais en tout état de cause, elle doit interroger. Certes, les *«établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.»*[3]

Mais la loi ne définit pas la cause étrangère. Et il faut savoir que la cause étrangère, notion classique en droit civil, utilisée dans d'autres domaines, est exceptionnelle et rarement retenue par les tribunaux.

Conclusion

On constatera que le droit n' est pas à son aise sur la question des relations sexuelles à l'hôpital. Plus exactement, il ne l'envisage pas. Mais peut-être devrions nous nous réjouir du fait que cette question ne tombe pas (encore ?) sous l'emprise du droit.

En tout état de cause, il est important de veiller au respect des droits de la personne (secret, statut sérologique, dignité, intégrité, *etc.*), y compris la liberté et l'intimité de la vie privée, sous ses différentes formes.

[1] Article L 1142-1 al. 1 du Code de la santé publique dans sa version issue de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé.
[2] Article L 1142-1 II du Code de la santé publique. A noter que l'indemnisation de l'aléa thérapeutique ressort d'une nouvelle institution : l'*Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales* prévu par l'article L 1142-22 du Code de la santé publique
[3] Article L 1142-1 du Code de la santé publique.

Néanmoins, ce droit, lorsqu'il s'exerce dans un cadre collectif et de soins, ne saurait s'exercer dans les mêmes conditions qu'au domicile personnel des intéressés. Par ailleurs, et particulièrement en psychiatrie, il conviendra de veiller à la sécurité des patients compte tenu parfois de leur fragilité psychologique et physique. Un patient dont le consentement serait altéré par une pathologie ou des soins ne doit pas devenir la proie d'autres patients, eux aussi peut-être fragilisés.

Les conséquences en terme d'atteinte à l'intégrité de la personne et en terme de grossesse non désirée, certes, mais aussi en terme de transmission de virus (VIH, VHB, VHC...) ne doivent pas être négligées.

Il incombe aux établissements et aux professionnels d'évaluer et de prévenir ces risques dans les services par une approche collective et individuelle.

Il s'agit de naviguer entre deux écueils : liberté et sécurité.

DEBAT 1

Modératrice :

Dr Christiane CHARMASSON

Psychiatre, Psychanalyste, Coordinatrice du Comité SIDA de VILLE-EVRARD, Chargée de mission à la DHOS

sommaire

☞ *Une assistante sociale de Psychiatrie adulte* ***demande ce qui se passe lorsqu'il y a une relation sexuelle entre un patient mineur de 15 ans et un patient qui ne peut pas être reconnu responsable, qui souffre d'une fragilité.***

➔ **Thierry CASAGRANDE :**

Il faut distinguer 2 choses, la responsabilité pénale et la responsabilité civile :

- La responsabilité pénale : en raison du manque de discernement, l'auteur de l'agression n'est pas pénalement responsable. Encore qu'aujourd'hui les magistrats ont tendance à considérer de plus en plus restrictivement ces éléments. Il faut un dossier très lourd pour qu'ils considèrent qu'il n'y a pas de responsabilité pénale.
- La responsabilité civile demeure, le préjudice va pouvoir être indemnisé, une condamnation civile peut également intervenir. Que l'intéressé soit solvable ou non, cette condamnation sera au moins symbolique sur le plan civil (dommages et intérêts).

Des questions se posent encore aujourd'hui concernant des personnes agressées sexuellement pour lesquelles le délai de prescription ne permet plus d'agir sur un plan pénal (pour un viol, le délai est de 10 ans, pour une agression sexuelle, il est de 3 ans).
Ce délai ne commence à courir qu'à compter de la majorité.
En revanche, le délai de prescription de l'action civile dans un certain nombre de cas peut se prolonger. Il peut passer à 20 ans pour une agression sur un mineur par exemple.
Il ne faut pas négliger la voie civile, notamment lorsque les poursuites pénales sont prescrites.

S'il s'agit d'une agression dans un établissement, il est possible de poursuivre l'établissement.
L'établissement pourrait être condamné sur le fondement d'une obligation de sécurité et de résultat.
La présence d'un patient dans un établissement, implique une obligation de résultats en terme de sécurité, plus qu'en terme de soins où l'obligation de moyens reste de mise le plus souvent.
Le respect de l'intégrité corporelle à l'hôpital est un élément fondamental de la sécurité des patients.

☞ *La même professionnelle* ***demande quelle est la situation si c'est un mineur de 15 ans qui fait subir le préjudice à un patient non responsable.***

➔ **Thierry CASAGRANDE :**

C'est idem. La question qui se pose est : qui va être responsable, qui choisit-on de poursuivre comme responsable ? L'établissement, l'auteur, la personne qui était présente ce jour là et qui n'a pas assuré la surveillance ?
L'auteur de l'agression va toujours pouvoir être poursuivi et par ailleurs on pourrait également poursuivre l'établissement.
Un cumul des poursuites est possible (...).
Il y a des règles particulières sur un plan juridique, et un mineur qui n'a pas 13 ans est juridiquement pénalement irresponsable. La responsabilité pénale commence à partir de 13 ans. Avant 13 ans, les parents restent naturellement civilement responsables.

➔ **Docteur Christiane CHARMASSON :**

Emet l'idée du renforcement de la loi du silence.
Les infirmiers sont souvent mis en situation professionnelle difficile lorsqu'ils sont témoins de pratiques sexuelles dans le service, à fortiori lorsque celles-ci se produisent avec des patients atteints de sida. Ils culpabilisent en pensant ne pas avoir exercé le contrôle nécessaire. Lorsque l'on parle de ce genre de situations, la parole tend à se libérer et permet des témoignages, mais dès que la sécurité ou le contrôle que doit assurer le personnel soignant sont abordés, on est alors confronté à la loi du silence probablement liée à la crainte de sanctions pour défaut de surveillance.

➔ **Thierry CASAGRANDE :**
La responsabilité ne vient pas toujours là où on l'attend.

Imaginons une relation sexuelle dans une chambre la nuit à un moment où le personnel soignant est moins présent. Cette relation est ensuite contestée en tant que relation consentie. On se demande alors si elle a été imposée ou non.

Où sont les responsabilités ? L'établissement ?
Le premier responsable est sans aucun doute l'agresseur. Si la victime (ou la famille) comprend qu'il n'est pas possible de mettre un soignant derrière chaque patient, dans un premier temps, elle peut éventuellement se retourner contre l'agresseur, au moins pénalement.
Si elle apprend qu'elle a été laissée à proximité directe d'un patient dont la dangerosité était connue du service, elle pourrait s'en prendre à l'établissement ou à son personnel.
Si par ailleurs l'établissement est informé de cette relation, et qu'il connaissait peut-être la possibilité d'une contamination potentielle chez un patient à risque, une faute plus grave encore pourrait être reprochée à l'établissement. Il serait sans doute possible de reprocher alors à l'établissement non pas l'agression, mais l'absence de prise en charge médicale.

En somme, si l'établissement n'intervient pas immédiatement, il y a potentiellement une double faute de l'établissement et/ou de son personnel :
- Une faute de surveillance ;
- Un défaut de prise en charge médicale, notamment en l'absence de recherche de l'opportunité de mise en œuvre d'un traitement anti-rétroviral. D'où, le cas échéant, une perte de chance d'éviter une contamination par le VIH.

Autre exemple : une affaire de viol d'un enfant de 7 ans atteint de mucovicidose par un jeune majeur, tous deux hébergés dans une famille d'accueil (placement prévu par une mesure d'assistance éducative) Il est alors mis fin au placement de l'agresseur, renvoyé chez son père. Le psychiatre de l'équipe médico-éducative en charge des deux enfants va examiner et écouter l'agresseur et tenter de comprendre son geste.
Beaucoup de questions se posent, les professionnels hésitent à prévenir le juge.
L'équipe médico-sociale est par ailleurs en conflit. Les avis divergent, du temps est perdu.
Le juge est averti le 23/12. Les intéressés sont auditionnés le 24/12, le dossier est transmis au juge d'instruction. L'affaire et jugé et les condamnations tombent sur le fondement de non-dénonciation de sévices et non-assistance à personne en péril.
Dans cette affaire, la prise en charge médicale de l'enfant est oubliée. D'où non-assistance à personne en péril...

☞ ***Un cadre infirmier*** *interroge le discours du droit sur la sexualité à l'hôpital et l'intérêt d'ouvrir cette question à partir du juridique.*

➔ **Thierry CASAGRANDE :**
Il faut se méfier du droit, de ses travers et de ses excès. Je vous fais part ici de mes sentiments. Ils présentent une vision que pourrait en avoir un juriste qui serait amené à se prononcer sur ces questions là.

➔ ***Docteur Guylaine LAFOSSE :***
Il est intéressant de faire intervenir le législateur et le juriste en la matière. On ne peut pas faire l'économie de cette intervention dans ces journées.

➔ **Docteur Christiane CHARMASSON :**
Il est intéressant d'avoir une image précise des responsabilités de chacun au niveau du droit civil et pénal. Il est dommage que certains ne s'intéressent au problème qu'à partir du moment où il est question de leur responsabilité.

☞ ***Docteur Edmond PERRIER, psychiatre à l'EPSAN :***
La question de la sexualité est sous-tendue par celle de la procréation qui reste, selon lui, très actuelle et difficilement règlementable.

Il évoque la dimension éthique du consentement: certains patients ne sont pas forcément dans un état psychique qui leur donne possession de leurs moyens.
Se pose alors la question de leur accès à la sexualité, à la procréation. Elle nous bouscule profondément sur des problèmes éthiques et moraux.

➔ ***Docteur Guylaine LAFOSSE :***
Qu'en est-il du consentement ? Est-ce de nos propres limites, de celles du patient ou de celles du soignant dont il est question?

DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH AUX RISQUES LIES AUX PRATIQUES SEXUELLES EN PSYCHIATRIE : UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE

Dr Christiane CHARMASSON

Psychiatre, Psychanalyste
Coordinatrice du Comité SIDA de VILLE-EVRARD, Chargée de mission à la DHOS

sommaire

LE CONTEXTE

Au sein de différentes rencontres nationales et dans le cadre du bilan de mise en œuvre de la circulaire DH/DGS du 5 août 1996 relative à l'amélioration de la prise en charge des patients infectés par le VIH et présentant des troubles psychiatriques, il est apparu que ***les établissements psychiatriques ne se préoccupaient pas suffisamment de la prévention des maladies sexuellement transmissibles***.

Dans une lettre de mission du 30 août 1999, le Directeur des Hôpitaux m'a demandé de réfléchir, avec les professionnels des secteurs psychiatriques et les services déconcentrés, aux mesures à prendre dans ce domaine, de faire des propositions et d'établir un plan d'actions permettant leur mise en application, élaboré en concertation avec les directions du ministère concernées et ciblant en priorité les départements et régions les plus touchées par l'infection à VIH.

A titre expérimental, **la mission a débuté sur PARIS en décembre 1999** par la mise en place d'un groupe de travail, associant les directeurs et présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des cinq établissements publics de santé psychiatriques parisiens (ASM13, Esquirol, Maison Blanche, Perray Vaucluse, Sainte-Anne), des représentants des usagers (UNAFAM[1] et FNAP-PSY[2]) ainsi que les médecins inspecteurs de santé publique de la DASS de Paris en charge du sida et de la psychiatrie.

Ce groupe de travail avait pour mission d'élaborer des stratégies d'intervention pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles dans les établissements psychiatriques. Au cours des différentes rencontres du groupe de travail[3], cette mission s'est rapidement élargie à la ***prévention des risques liés aux pratiques sexuelles en milieu psychiatrique***.

La validation de ce thème de réflexion par la hiérarchie administrative et médicale a largement contribué à faciliter la prise de parole sur un sujet encore tabou.
Au fil du temps, les référents des Comités Sida des cinq établissements publics de santé psychiatriques parisiens et le réseau ESPAS[4] sont devenus les représentants privilégiés pour la mobilisation des correspondants locaux et la transmission inter-institutionnelle des actions menées.

Ce document synthétise l'ensemble des constats et réflexions issus du groupe de travail, le programme d'actions à mener pour améliorer la prévention des risques liés aux pratiques sexuelles en milieu psychiatrique, dans les cinq établissements, tel que défini par le Directeur de la DASS de PARIS, ainsi que des propositions pour la diffusion des recommandations dans la perspective d'une extension de ce programme aux établissements assurant principalement des soins en psychiatrie sur le territoire national.

[1] UNAFAM : Union Nationale Amis et des Familles de Malades mentaux.
[2] FNAP-PSY : Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-patients Psychiatriques.
[3] Dates de réunions du groupe de travail : 14/12/99-26/01/00-19/04/00-13/06/00-26/09/00-21/11/00-30/01/01-22/05/01-09/10/01-09/01/02-10/04/02.
[4] ESPAS : Espace Social et Psychologique d'Aide aux Personnes touchées par le virus du Sida. Réseau créé en 1992, animé par des professionnels de la santé pour répondre à la demande de soutien psychologique et psychiatrique des personnes concernées par le VIH ou par le virus des hépatites ou par des pathologies somatiques graves et/ou chroniques. Ce dispositif parisien inter-sectoriel vise à améliorer l'articulation entre les soins somatiques et psychiatriques.

CONSTATS ET REFLEXIONS

Les témoignages et réflexions issus du groupe de travail ont corroboré les constats issus de la recherche-action concernant la prévention de la transmission du VIH parmi les patients suivis en psychiatrie sur cinq établissements publics de santé situés dans les régions les plus touchées (PARIS – 93 – PACA) Cette étude menée de 1996 à 1999, sous ma direction avec le soutien de la DGS a permis de mettre en évidence *les perceptions et les opinions des soignants, des médecins et des patients.*

- ***Pratiques sexuelles et information des risques chez les patients suivis en psychiatrie***

Il a été un moment implicitement admis que l'institution psychiatrique protégeait les patients des risques de transmission du fait même des règles de fonctionnement interdisant la plupart du temps les relations sexuelles. De fait, pratiquement tous les patients rencontrés dans le cadre de l'enquête, ont témoigné d'une sexualité active, ponctuelle ou régulière, dans l'établissement ou à l'extérieur, et les deux tiers évoquent plusieurs relations sexuelles « non protégées » ces dernières années.

Par ailleurs, les représentants des usagers participant au groupe de travail ont été particulièrement attentifs et investis dans la réflexion ayant pour certains vécu les effets de l'existence des pratiques sexuelles ; qui en récupérant sa fille enceinte de 5 mois au décours d'une hospitalisation ; qui ayant été victime d'un viol pendant un séjour en hôpital psychiatrique. L'embarras et le silence de l'institution soignante étaient de règle.

Les patients, s'ils ont le sentiment d'être renseignés quant aux risques, principalement par les médias et en premier lieu la télévision, éprouvent de réelles difficultés à évaluer leur propre exposition aux risques.

Quant au dépistage, il est préoccupant de constater que plus de la moitié des patients rencontrés pensent que les tests de dépistage sont systématiquement réalisés lors de l'admission à l'hôpital et que l'absence de transmission de résultats traduit une normalité des examens.

De plus, les malades mentaux semblent se positionner différemment du « tout venant » face à une pathologie grave telle que le SIDA et les réflexions exprimées par des malades mentaux à propos du sida traduisent la spécificité de leurs perceptions de cette maladie et de ses modalités de transmission.

En conclusion, il ne s'agit pas seulement de renforcer le dispositif informatif mais de travailler sur les liens que les patients peuvent établir entre les informations et leur protection.

Il apparaît enfin que la majorité des patients ne souhaitent pas approfondir ces questions avec un interlocuteur à l'intérieur de l'institution mais préfèrent être informés par un intervenant extérieur tel un médecin généraliste en ville.

- ***Rôle des intervenants dans la prévention des risques***

Si la majorité des professionnels, tous corps confondus, estiment que la prévention fait partie intégrante de leur fonction, les perceptions sur ce sujet varient en fonction des corps professionnels. En effet, pour les médecins psychiatres la prévention est nécessaire dans l'institution mais ne relève pas directement de leur rôle alors que les infirmier(e)s perçoivent la prévention, au même titre que le soin, comme partie intégrante de leur rôle professionnel.
De plus, à la différence des infirmier(e)s, les médecins différencient leur responsabilité dans la prévention selon que le patient est hospitalisé (sentiment de responsabilité maximum) ou lorsqu'il est suivi en ambulatoire (la responsabilité est dégagée du fait de l'impossibilité d'une surveillance hors institution et éventuellement déléguée aux parents ou aux tuteurs).

Sur l'efficacité des interventions, la plupart des professionnels considèrent que leurs interventions peuvent conduire les patients à modifier un comportement à risque.

Au sein du groupe de travail, la prise de parole sur les violences sexuelles s'est intensifiée au fil du temps et a permis de mettre à jour des situations paradoxales qui confirment la pertinence du travail de sensibilisation des soignants :

- que ce soit pour mettre en évidence l'urgence d'une action concertée dans un service face aux risques majeurs auxquels se trouve exposé(e) un(e) patient(e) du fait de son incapacité à réaliser le risque et du fait du déni des risques d'une personne séropositive hospitalisée
- que ce soit pour la conduite à tenir en cas de constat de sévices sexuels

Sur le grossesses non désirées, le groupe considère qu'il était nécessaire de sortir du silence, même si l'accès progressivement facilité aux consultations de médecins généralistes et de gynécologues et à la contraception classique ou d'urgence permet d'en limiter le nombre et d'en améliorer la prise en charge.

En conclusion, le groupe a voulu replacer le rôle du médecin psychiatre dans la prévention, que ce soit des risques de contamination, des violences sexuelles ou des risques de grossesses non désirées, si ce n'est comme opérateur lui- même, en tous cas comme facilitateur en veillant à la réalisation et à la qualité de l'intervenant.

➢ *Principaux facteurs de qualité identifiés pour la mise en place des actions de prévention*

- **Permettre une réflexion commune et une approbation en équipe validée par le chef de service**
  Un travail en équipe validé par le chef de service pour développer une réflexion commune, dans la durée, est indispensable, et favorise de ce fait l'appropriation du thème par tous les participants en dépassant ainsi l'habituel traitement au cas par cas.

- **Conduire à l'adoption commune de modalités d'intervention**
  Ce travail, au-delà d'un recensement des critères de vulnérabilité et d'une réflexion sur ces derniers, devrait conduire à l'élaboration de modalités d'intervention les mieux adaptées, que ce soit en approche individuelle ou collective.

- **Savoir orienter un patient vers le dispositif spécifique**
  La connaissance de ces dispositifs spécifiques (par exemple, consultations de contraception ou service d'urgences médico-judiciaires…) des protocoles d'orientation vers ces lieux ne sauraient se passer d'un véritable travail de réflexion en équipe en faisant appel si besoins à des intervenants extérieurs.

- **Faire bénéficier les professionnels de formations adaptées**
  On peut noter un réel besoin de formation des personnels - qui ne se traduit pas nécessairement par une demande – sur les questions mobilisées par la prévention. Il faut donc proposer des formations adaptées et élaborées à partir de l'évaluation des expériences antérieures, des soutiens institutionnels et de l'implication du chef de service, des cadres infirmier(e)s, des médecins psychiatres et des somaticiens. Les thèmes de ces formations devraient être centrés sur des problématiques dégagés par les équipes.
  Il s'agit aussi de tenir compte de l'intégration des objectifs de formation dans un projet de service et d'établissement.

DEFINITION DES RECOMMANDATIONS POUR UN PROGRAMME D'ACTIONS DE PREVENTION ET DIFFUSION DANS LES 5 EPS PARISIENS.

➢ *Définition du programme d'actions recommandé*

Début 2001, après une année consacrée à l'état des lieux, le groupe de travail a proposé un programme d'actions, concernant la prévention, la conduite à tenir en cas d'urgence et le suivi des personnes pour les risques sexuels suivants :

- Infection à VIH et Maladies Sexuellement Transmissibles
- Contraception et interruptions de grossesse
- Abus et violences sexuels

Ce programme d'actions, recommandé par le directeur de la DASS, a été diffusé à l'ensemble des cinq hôpitaux parisiens.

Schématiquement le programme est décliné selon les risques :

INFECTION A VIH ET MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

- *Prévention* :
  - Sensibilisation des chefs de service
  - Formation du personnel médical et infirmier
  - Mise à disposition de matériel (plaquettes d'information, préservatifs…)
  - Réalisation d'actions de prévention s'appuyant sur un cadre méthodologique avec définition des objectifs, du public ciblé, des acteurs et des modalités de suivi.

- *Conduite à tenir en cas d'urgence :*
  - Mise à disposition de protocoles de prophylaxie après exposition aux risques
  - Mise à jour des listes des référents médicaux à contacter

- *Suivi :* Renforcement des collaborations entre médecins somaticiens et équipes de soins psychiatriques

CONTRACEPTION ET INTERRUPTIONS DE GROSSESSE

- *Prévention :*
  - Amélioration de la connaissance des pratiques contraceptives actuellement utilisées et en favoriser l'accès.
  - Amélioration de l'accès aux consultations de planning familial et aux consultations gynécologiques et de médecine générale

- *Conduite à tenir en cas d'urgence et suivi :*
  - Amélioration de l'accès à la contraception d'urgence et à l'IVG (améliorer les connaissances des différentes pratiques abortives et des délais légaux)
  - Développement des collaborations avec les services de gynécologie-obstétrique et les centres d'orthogénie

ABUS ET VIOLENCES SEXUELLES

- *Prévention :*
  - Information et diffusion du cadre législatif et des aspects médico-légaux
  - Mise en place de groupes de paroles pour les médecins et les soignants abordant les problèmes liés à la sexualité en institution

- *Conduite à tenir en cas d'urgence :* Définition de protocoles d'urgence

- *Suivi :* Définition de protocoles de prise en charge des victimes et des agresseurs

➢ ***Mise en œuvre du programme d'actions sur PARIS, obstacles et facilitations identifiés***

De façon générale, les problèmes aigus posés par les carences en personnel médical et infirmier, l'augmentation des files actives et les profondes restructurations hospitalières en cours, absorbent une énergie considérable préjudiciable à la prise en compte par les professionnels de problématiques jugées non prioritaires, telle que celle de la prévention des risques liés aux pratiques sexuelles en psychiatrie.

Quant aux actions menées au sein du dispositif de coordination constitué par les Comités Sida, elles sont hétérogènes et reflètent la situation particulière de chacun des cinq EPS psychiatriques parisiens. Il apparaît que l'élargissement des missions des Comités Sida aux risques sexuels et à la prévention a permis d'étendre leurs champs d'actions.

Les rencontres régulières des membres du groupe de travail à la DASS de PARIS, pour répondre à la lettre de mission du Directeur des Hôpitaux, ont permis une concertation sur les actions déjà engagées ou envisagées et contribué à des échanges d'expériences et d'informations participant à mobiliser les énergies des uns et des autres.
Le cadre de réflexion institutionnel soutenu par le Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales de PARIS et la participation effective des services concernés, a permis de légitimer la démarche du groupe de travail et a ainsi facilité l'élaboration de certaines actions et le recueil des données au sein des cinq EPS psychiatriques parisiens.

La **demande clairement formulée par les membres du groupe de travail de maintenir le rythme des rencontres à deux ou trois réunions annuelles dans le cadre officiel de la DASS de PARIS,** confirme l'intérêt de cette légitimité institutionnelle qui amplifie l'écho des réflexions auprès des professionnels des établissements psychiatriques et facilite leur adhésion à la mise en œuvre des actions de prévention. En effet, le thème, par sa transversalité et par le décloisonnement des pratiques qu'il impose, modifie les habitudes et les comportements professionnels et introduit une dimension de santé publique dans la prise en charge psychiatrique des patients.

- ***Elaboration de fiches de recommandations thématiques et d'une grille de recueil de données pour le suivi des actions mises en place***

Les recommandations de la DASS de Paris ont été complétées par trois fiches de « recommandations-protocoles » correspondant aux trois thèmes retenus (cf. ANNEXE)

Ces fiches, élaborées au sein de l'EPS psychiatrique de VILLE EVRARD en Seine-Saint-Denis (associé de fait à cette mission, puisque je suis coordinatrice du Comité Sida de cet établissement depuis sa création en 1988), validées par les instances concernées de l'établissement (CME, CLIN, Comité du Médicament et CSSI) ont été présentées dans chaque service pour être intégrées dans les procédures d'urgence.
La diffusion de ces fiches a également fait l'objet de rencontres « information-action » au sein de chaque service entre les soignants et les intervenants du planning familial, officialisant la prise en compte d'événements jusqu'alors passés sous silence.
Dans le cadre du groupe de travail, ces fiches ont été proposées aux cinq EPS psychiatriques parisiens afin d'être complétées par les références des correspondants locaux et diffusées à toutes les unités de soins (intra et extra hospitalières.)

De plus, afin d'harmoniser le *recueil annuel des données concernant les actions de prévention* menées dans chacun des cinq EPS psychiatriques parisiens, une grille standardisée à été élaborée.

Cet outil (cf. ANNEXE) permet de suivre les modalités de concertation et de coordination au niveau de la DASS et des cinq EPS, de suivre les actions menées dans chacun des EPS (par le recueil de ces données auprès des directions, des pharmacies, des laboratoires.)

PROPOSITIONS DE STRATEGIES DE DIFFUSION NATIONALE DES RECOMMANDATIONS

- ***Objectifs***

Compte tenu de l'importance des risques liés aux pratiques sexuelles en psychiatrie et des difficultés de leur prise en compte à ce jour par les établissement concernés, une véritable incitation à élaborer un programme d'interventions serait nécessaire.

Les objectifs principaux de ces programmes d'action seraient la diminution de l'incidence des contaminations, du nombre de grossesses non désirées ainsi que des violences sexuelles et l'amélioration de la prise en charge des usagers en Santé Mentale (en intra ou en extra hospitalier) sur le thème particulier des risques liés aux pratiques sexuelles.

Les objectifs opérationnels seraient :
- l'amélioration des compétences des professionnels grâce à l'intégration de nouveaux acquis
- l'amélioration de la cohésion des équipes grâce à une réflexion commune et une harmonisation des pratiques
- l'amélioration du travail en réseau et en interdisciplinarité grâce à des intervenants « hors psychiatrie » (médecins spécialistes, planning familial, CRIPS…)
- l'amélioration de la réponse aux attentes des familles des usagers et des usagers eux- même.

➢ ***Moyens***

- Les recommandations de mise en œuvre d'un programme d'actions de réduction des risques liés aux pratiques sexuelles en psychiatrie pourraient être diffusées aux hôpitaux à partir de la DHOS et de la DGS par ***note ministérielle*** adressée aux DRASS, aux ARH et aux DDASS pour information et diffusion auprès des établissements

- La coordination locale pourrait être réalisée par des ***comités de pilotage mis en place localement*** par les DDASS, composés de représentants des institutions, des professionnels et des usagers (sur le modèle du groupe de travail mis en place à la DASS de Paris) et chargés de la mise en œuvre et du suivi des actions de prévention selon un modèle qu'il s'agirait de définir au niveau national, en partenariat avec certains de leurs représentants

- ***Une conférence nationale ou régionale*** réunissant professionnels et institutionnels pourrait lancer l'action.

- La mobilisation des professionnels pourrait être renforcée par la participation et le soutien des ***instances représentatives des professionnels*** :
  - Conférence des présidents de CME de CHS
  - Association des présidents de CME de CHS
  - Fédération Française de Psychiatrie
  - Syndicats de Psychiatrie
  - Association des Directeurs d'Etablissements en Santé Mentale (ADESM)
  - Mission d'Appui en Santé Mentale
  - Fédération Hospitalière de France
  - Union d'Hospitalisation Privée (UHP)
  - UNIOPSS
  - Associations de médecins urgentistes
  - Associations d'infirmiers psychiatriques

En tant que "chargée de mission-action", il a été proposé que j'effectue un travail de relais au niveau de chacun de ces représentants.

- ***Un message fort du ministère pour l'intégration de la question de la réduction des risques liés aux pratiques sexuelles en psychiatrie dans :***
  - les volets psychiatriques des SROS III
  - les projets médicaux des établissements psychiatriques et les projets de services
  - les plans de formations des établissements psychiatriques
  - les critères d'accréditation des établissements par l'ANAES
  - les modules de formation initiale et continue, médicales et paramédicales, sur ces thèmes, constituerait une incitation essentielle.

ANNEXES :
- Fiches de recommandations –protocoles :
  - "Violences et agressions sexuelles : En parler pour agir ensemble"
  - "Contraception d'urgence"
  - "Conduite à tenir lorsqu'un patient présente un risque de contamination VIH, VHB, VHC par voie sexuelle ou sanguine"
- Guide de relevé des actions menées concernant les risques liés aux pratiques sexuelles dans chacun des 5 EPS psychiatriques parisiens

E.P.S. de VILLE-EVRARD	
Réalisé par : - Dr C. CHARMASSON, Responsable du Comité SIDA - Mme BRISSET, infirmière - Groupe de travail du Comité SIDA	
Validé en Comité du Médicament	Le : 21 Janvier 2002
Présenté en C.S.S.I.	Le : 21 Mai 2002
Présenté en C.M.E.	Le : 27 Septembre 2001
Réactualisé	Le :

VIOLENCES ET AGRESSIONS SEXUELLES (RECTO)

"EN PARLER POUR AGIR ENSEMBLE"

TEXTES DE LOIS

*Interdits

Agressions sexuelles :	Art. 222-22 du Code Pénal
dont le Viol :	Art. 222-23 à 222- 26 du Code Pénal
et les autres Agressions sexuelles :	Art. 222-27 à 222-32 du Code Pénal
Exhibition sexuelle :	Art. 222-32 du Code Pénal
Harcèlement sexuel :	Art. 222-33 du Code Pénal
Atteintes sexuelles sur mineur :	Art. 227-25 à 227-27 du Code Pénal

*Obligations

Obligation de porter secours
et signalement éventuel aux autorités
Art.434-1 et 434-3 du Code Pénal

VIOLENCES ET AGRESSIONS SEXUELLES
(VERSO)

PROTOCOLE D'URGENCE ET DE PRISE EN CHARGE

- **Accueil** assuré par le médecin et/ou l'infirmier(ère)

Ecouter
Evaluer
Informer
Apprécier l'urgence médicale ou judiciaire

- **Examen médical :**

Evaluer la situation
Examen clinique
Prélèvements à réaliser (VIH – HBS –MST – TPHA/VDRL)
Certificats médicaux

- **Prise en charge des** :

***victimes :**

Traitement médical
- curatif
- prophylactique → Norlevo : Risque de grossesse
Protocole A.E.S. (V.I.H - Hépatites)
Traitement minute : Doxycycline 500 mg en prise unique
(MST: gonococcies, chlamydiaes)

Assistance psychologique immédiate
Suivi médical ultérieur
Suivi psychologique ultérieur
Suivi social

***agresseurs :**

Examen médical - Prélèvements – Sérologies (accord du sujet)
Suivi psychiatrique
Suivi social
+ ou – traitement médical
Suivi judiciaire

La prise en charge des agresseurs ne sera assurée par l'E.P.S. de VILLE-EVRARD qu'après injonction judiciaire.

- **Dépôt de plainte**

Urgences médico-judiciaires
Hôpital Général Jean Verdier
Tel : 01.48.02.65.12

L'examen clinique et les prélèvements pourront être réalisés à l'hôpital Jean Verdier si la plainte est déposée.

E.P.S. de VILLE-EVRARD

Réalisé par : - Dr C. CHARMASSON, Responsable du Comité SIDA
- Mme BRISSET, infirmière
- Groupe de travail du Comité SIDA

Validé en Comité du Médicament	Le : 21 Janvier 2002
Présenté en C.S.S.I.	Le : 21 Mai 2002
Présenté en C.M.E.	Le : 27 Septembre 2001
Réactualisé	Le :

CONTRACEPTION D'URGENCE
(RECTO)

I - RAPPEL

En cas de rapport sexuel sans contraception ou sans préservatif ou si le préservatif s'est déchiré, suivre le protocole « CONTRACEPTION D'URGENCE » ci-dessous.

II - CONDUITE A TENIR

Dans les **3 jours** (ou 72 heures) après un rapport sexuel non protégé :

- Prendre 1 comprimé de **NORLEVO^{R}**
- Renouveler 12 à 24 heures plus tard (soit 2 en tout).

III - REMARQUES

- Le NORLEVO^{R} est disponible à la pharmacie de Ville-Evrard sur prescription médicale. (en vente libre, en officine de ville, pour les patients suivis en ambulatoire, et remboursé sur prescription médicale).
- Cette méthode est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée le plus tôt possible.

IV - INFORMATIONS/CONSEILS

- Après la pilule d'urgence, les règles doivent normalement revenir à la date prévue (un décalage de quelques jours peut apparaître)
- Une pilule peut être commencée ou recommencée le premier jour des règles.
- Si les règles ne reviennent pas, une consultation gynécologique est à planifier dans les plus brefs délais.

Après la pilule d'urgence, en attendant que les règles reviennent, il est recommandé d'utiliser les contraceptifs locaux :

*ovules ou uni doses
*crèmes spermicides
*préservatifs masculins ou féminins

CONTRACEPTION D'URGENCE
(VERSO)

V – INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES AVEC LE NORLEVO®

L'efficacité de NORLEVO® peut être diminuée en cas de prise simultanée de médicaments inducteurs enzymatiques exemples :

GARDENAL®
DI-HYDAN®
MYSOLINE®
TEGRETOL®
ANSATIPINE®
RIFADINE®,RIMACTAN®, RIFATER®, RIFINAH®...
GRISEFULINE®
NORVIR®, KALETRA®

VI - CONTRE INDICATIONS A LA PRISE DE NORLEVO®

Hypersensibilité au lévonorgestrel (principe actif du NORLEVO®) ou à l'un des excipients.)

CONDUITE A TENIR LORSQU'UN PATIENT PRESENTE UN RISQUE DE CONTAMINATION VIH, VHB, VHC, PAR VOIE SEXUELLE OU SANGUINE

CONSULTATION MEDICALE IMPERATIVE DANS L'HEURE QUI SUIT L'ACTE A RISQUE OU A DEFAUT DÈS L'INFORMATION CONNUE

CONTACTER

Service des Spécialités

Médecins somaticiens

Du lundi au vendredi de 9h à 17 h

Le samedi de 9h à 12 h

BIP 39 ou Poste 3103

Interne de Garde

en relation avec le Médecin Somaticien d'astreinte

Du lundi au vendredi de 17 h à 9 h
Le week-end et les jours fériés

Poste 3092

Hôpital le plus proche

Pour les structures extra-hospitalières
(voir annexe protocoles A.E.S)

Le médecin responsable évaluera le risque infectieux et jugera de la nécessité de prescrire ou non un traitement prophylactique.

Le traitement prophylactique est disponible 24h/24 à la pharmacie.

GUIDE DE RELEVE DES ACTIONS MENEES CONCERNANT LES RISQUES LIES AUX PRATIQUES SEXUELLES DANS CHACUN DES 5 EPS PSYCHIATRIQUES PARISIENS

(ASM 13, Esquirol, Maison Blanche, Perray Vaucluse, Sainte Anne)

1. Actions menées au sein du dispositif de coordination :

- **COPIL départemental** (à compléter par la DASS de PARIS) :
  Nombre de réunions, nombre et fonctions des participants, thèmes de discussion.

- **Comités Sida** (données à recueillir auprès de chaque EPS) :
  Nombre de réunions, nombre et fonctions des participants, thèmes de discussion.

2. Actions menées au sein de chaque EPS :

(données à recueillir auprès des directions, pharmacies et laboratoires d'analyses médicales) :

2.1. Actions auprès du personnel :

- Formations du personnel médical et non médical :
  nombre, thèmes, formateurs, nombre et fonctions des participants.

- Mise en place de "groupes de parole" autour du thème "institution et sexualité" :
  fréquence, organisation, animateur, nombre et fonctions des participants.

2.2. Actions pour l'aide à la décision :

- Rédaction et diffusion des protocoles de CAT (Conduite A Tenir) en cas d'AES (Accident d'Exposition au Sang), de situation de violence ou d'abus sexuels (démarches médico-légales, prises en charge de la victime et de l'agresseur), de mise en place d'une contraception d'urgence... :
  thèmes, procédures de rédaction, de validation et d'évaluation, mode de diffusion dans les services.
- Elaboration des listes et mise à jouir des coordonnées des référents médicaux (médecins CISIH, médecins somaticiens…) et des structures ressources (services d'urgence, UMJ, planning familial, centre IVG…)

2.3. Actions spécifiques auprès des patients :

- *En termes de prévention :*
  - Actions événementielles au sein de l'EPS (forum, expo…) :
    nombre, thèmes, organisateurs, nombre et fonctions des participants
  - Mise à disposition de matériel d'information auprès des patients :
    type de support, nombre, mode et lieux de diffusion.
  - Mise à disposition de matériel de prévention auprès des patients :
    nature du matériel, nombre, mode et lieux de diffusion.

- *En termes de prise en charge :*
  - Consultations auprès de médecins somaticiens (gynécologues, médecins généralistes) :
    nombre et qualité des consultants et modalités d'accès.
  - IVG : nombre de structures ressources et modalités d'accès.
  - Consultations en UMJ (Urgence Médico-Judiciare) : modalités d'accès.

- *En termes de prescriptions :*
    - Produits délivrés par la pharmacie de l'hôpital (hors CSST et MCO) :
        - Contraceptifs oraux
        - Contraceptifs injectables
        - Stérilets
        - Contraception d'urgence (Norlevo®)
        - Préservatifs
        - Stéribox
        - Traitements préventifs VIH
    - Nombre d'examens réalisés par le laboratoire d'analyses médicales (hors CSST et MCO) :
        - Sérologie VIH
        - Sérologie VHC
        - Sérologie VHB
        - Sérologie Syphilis
        - Sérologie Herpès
        - Sérologie Chlamydia
        - Recherches autres MST (gonocoques…)
        - Tests de grossesse

2.4. Plaintes pour violence ou abus sexuel : nombre, origine, modalités d'instruction.

LA PREVENTION DU VIH CHEZ LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES, A L'AUBE D'UNE PRISE DE CONSCIENCE

Dr Vincent RYCKMANS

Psychiatre

Membre de l'Institut International TRIEST - Département de Recherche, BELGIQUE

sommaire

D'emblée, il s'avère nécessaire d'élargir le débat en précisant que la réflexion faite autour de la prévention du VIH s'applique aussi aux autres maladies sexuellement transmissibles (MST) telle l'hépatite B.

UN CONSTAT ACCABLANT

La vie sexuelle et affective des patients psychiatriques ou retardés mentaux a longtemps été totalement niée. Un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques ont voulu croire que les risques de transmission pour leurs patients étaient réduits par les règlements interdisant les rapports sexuels.
Particulièrement dans le milieu du handicap mental, des familles considèrent le patient institutionnalisé comme asexué et se réfugient dans l'illusion du déni de toute vie affective et sexuelle. Auprès du personnel soignant, la sexualité des patients reste souvent taboue car elle bouscule les barrières institutionnelles et renvoie chaque soignant à sa propre affectivité. Et pourtant, la réalité est tragique que cela soit en terme de fréquence de rapports sexuels non protégés, d'abus et de violences sexuelles, de multiplicité des partenaires, de grossesse non désirée et/ou mal encadrée. Manifestement, cette sexualité non éduquée est plus souvent vécue sur le mode de l'impulsivité.
La prise de conscience des droits individuels des personnes institutionnalisées et l'évolution des mentalités contraignent le milieu institutionnel à se remettre en question. Il n'est plus défendable actuellement de considérer que le patient chronique psychiatrique ou le patient handicapé mental est incapable d'assumer une quelconque responsabilité dans l'épanouissement de sa sexualité. C'est d'autant plus vrai que le monde psychiatrique constitue un groupe à risque négligé quant à sa vulnérabilité particulière aux MST. Le manque crucial d'informations correctes sur les modes de transmission et les moyens disponibles pour diminuer le risque de contamination les handicape davantage. Plus spécifiquement, les informations dont dispose le patient se révèlent souvent non opérationnelles lorsque le patient doit évaluer son risque individuel.
Ainsi, la compréhension des données médicales et les conseils de prévention peut amener d'énormes équivoques. Comme le souligne Tim GREACEN, Directeur de Recherches à Maison Blanche (PARIS), si l'acquisition des informations n'est pas trop mauvaise, leur interprétation s'en trouve nettement lacunaire. En illustration, considérons ce patient du groupe sanguin O^+ qui estime qu'il ne doit pas se protéger puisqu'il est couvert par le « positif » ou cette patiente qui recevant la pilule contraceptive croit que cela la protège aussi contre le risque infectieux ou encore ce patient qui garde précieusement son préservatif emballé dans sa poche car ainsi il l'a toujours avec lui et est donc protégé.
L'instabilité affective et la quête inlassable d'affection réparatrice ne font qu'accroître la fragilité de ces patients. Nicole DIEDERICH (Centre d'Etude des Mouvements Sociaux – CNRS – EHESS à PARIS) prend également en considération la perception de soi par rapport à autrui tout comme la stigmatisation et la dépendance affective et institutionnelle. Comment, en effet, aborder les questions du rapport à l'autre avec les individus qui, suite à une faiblesse affective, veulent impressionner ou faire plaisir ? Comment le patient psychiatrique se considère-t-il ?
Les pathologies psychiatriques jouent donc en rôle important dans la pathologie du VIH de par leur impact sur la transmission, la morbidité, la capacité de réaction, l'adhésion au traitement et la qualité de vie.

VISER UN ELARGISSEMENT DE LA PROBLEMATIQUE

Dans le groupe hospitalier et d'enseignement spécial des Frères de la Charité en BELGIQUE, un travail de réflexion en Comités d'Ethique a donné naissance à « *Quelques avis concernant les relations et la sexualité dans les soins de santé mentale* ». Diverses recommandations et bases deréflexion y sont regroupées dans le but de dresser les premières balises et de susciter un débat au sein du personnel de terrain.
Indubitablement, la prévention doit s'envisager dans une approche globale.

Elle ne peut se résoudre au transfert d'informations et au préservatif.

Plus concrètement, la vie affective doit être appréhendée dans sa globalité. Ainsi, quand on parle du préservatif, il faut faire une distinction entre les éléments qui relèveraient plutôt de l'utilisation du préservatif au sens technique et les éléments qui relèveraient de son usage. Il y a lieu, par exemple, d'inclure tout l'imaginaire que le préservatif vient convoquer dans la relation, comme le sentiment de séparation entre soi et l'autre qui rencontre le fantasme de fusion dans la relation amoureuse.
Quand il s'agit de parler de prévention dans une population psychiatrique, intégrer la dimension psychique de la pathologie permet de mieux en appréhender la réalité comme évaluer l'insertion dans la réalité et une éventuelle symptomatologie délirante. Si certains patients peuvent profiter du risque d'une contamination potentielle comme moyen de mise en acte d'un désir de mort, d'autres investissent le fait d'être contaminé comme un privilège : ils ont à présent un « plus », quelque chose de positif, qui peut leur ouvrir la voie à davantage de considération et d'attention. La question des bénéfices secondaires doit donc être retenue. Le fait de souffrir d'une maladie somatique grave peut éclipser le handicap mental et permettre au patient d'accéder à un statut de normalité. Comment, alors, pour un patient fragilisé, négocier une protection personnelle ? Comment le dépêtrer d'une dépendance affective ou matérielle ? Sans oublier que, souvent, des relations sexuelles avec un partenaire normal peuvent valoriser la propre image du patient. Apprendre à dire « non » est un autre défi important de l'éducation à la vie affective.

UNE INTERVENTION MULTIDIMENSIONNELLE ET PLURIDISCIPLINAIRE.

Le travail sur le terrain s'avère difficile. Les professionnels de la santé mentale sont confrontés à des questions nouvelles auxquelles ils ne sont pas toujours préparés. Particulièrement, accueillir un patient séropositif entraîne une labilité émotionnelle et une atmosphère de travail plus tendue. Comment éviter le rejet résultant d'idées préconçues et de projections fantasmatiques quelques fois farfelues ? Le patient séropositif ou sidéen est parfois considéré comme un pestiféré. Bien évidemment, la peur d'un risque de contamination accidentelle est légitime. Sans doute, tout en la considérant, n'est-il pas souhaitable d'interroger ce qui la sous-tend ? Comment le soignant aborde-t-il la question du handicap mental ? Comment parler d'une projection plus ou moins avouée d'une réticence face à la maladie psychiatrique et au mode de fonctionnement perturbé/perturbateur ?
Une indispensable réflexion est incontournable. Parler de prévention dépasse la seule difficulté d'aborder la question de la responsabilité sexuelle et de ses limites ou les questions d'information et d'éducation. Un certain nombre de problématiques résultent des projections de l'autonomie des patients, de la capacité à garder un secret et du statut de la sexualité (plus tolérée que consentie.)
Tel que l'affirme le Docteur CHARMASSON, chargé de mission à la Direction des Hôpitaux français, la prévention ne peut se réduire à un comportement individuel voire volontariste, mais sa mise en acte suppose l'intégration d'éléments tant inconscients que conscients. Plus d'un soignant devra analyser ses propres réactions quant au travail d'éducation à promouvoir. Pour le soignant, en effet, parler de sexualité représente souvent une effraction potentielle dans l'intimité du patient, qui risque de modifier affectivement la relation soignant-soigné, en intégrant des éléments vécus comme potentiellement provocateurs ou séducteurs, parfois difficilement intégrables dans cette relation soignant-soigné.
Dans cette incitation à une prise en charge dans une relation durable, la notion d'empathie bienveillante se précise et interroge les limites du rôle du soignant et les questions relatives au maintien d'une distance thérapeutique adaptée. De plus, parler de la sexualité avec toute l'ambiguïté consciente et/ou inconsciente qui peut y être attachée renvoie à sa propre affectivité.

La maturation de la sexualité humaine concerne aussi les patients psychiatriques. Un long travail d'intégration, d'ordination et de répression de leur sexualité doit conduire ces patients, comme n'importe quel autre individu, à humaniser leur sexualité. Parfois, les conditions d'exercice de cette humanisation seront spécifiques, dans la mesure où certaines caractéristiques en obstruent ce processus. Dans tous les cas, cependant, le soignant ne peut se résoudre à l'abandon. L'ensemble

des soignants en santé mentale doit donc clairement reconsidérer une série d'attitudes, en particulier dans les institutions, qu'elles soient importantes ou sous forme de petites structures.

CONCLUSION

Encourageons l'intégration de modes de fonctionnement différents visant à une réduction des risques. Pour cela, il y a un grand besoin d'une véritable éducation à différents niveaux (patients, soignants, entourage familial et social) dans une perspective à long terme.
Certainement, considérer l'amélioration de la qualité de vie comme un objectif en soi quand on se retrouve confronté au VIH/SIDA, constitue un moteur dynamique.
La problématique des maladies sexuellement transmissibles et plus spécifiquement du SIDA, constitue un défi pour le monde psychiatrique. Une prévention artisanale reste très limitée. Il y a nécessité d'enquêter sur le terrain en vue de l'élaboration de recommandations plus adaptées et d'une politique coordonnée (tel que cela se développe au sein de l'Institut International CANON TRIEST.)

DEBAT 2

Modérateur :

Daniel GROSSHANS

Psychologue, Référent de la Commission Psy du CISIH, Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

sommaire

☞ *Une cadre de santé dans un hôpital de jour de Pédopsychiatrie**, note que l'aspect préventif dans l'éducation sexuelle des enfants est très peu développé.***
Des jeunes qui évoluent dans des établissements médico-éducatifs, à la suite de leur passage en hôpital de jour, deviennent souvent ou à nouveau victimes, ou agresseurs, et ont des conduites sexuelles à risques.
L'aspect préventif a-t-il déjà été évoqué concernant les enfants hospitalisés dans nos services?
Comment les soignants, dans leur rôle éducatif, peuvent aborder ce genre de sujet avec les enfants ?

➔ **Docteur Vincent RYCKMANS :**
Malheureusement, la question dans la sexualité dans son aspect préventif est très peu abordée concrètement sur le terrain. Tout un travail de verbalisation est nécessaire. Compte tenu des normes d'encadrement et de la lourdeur de ces services, comment pouvoir dépasser l'acte en le réintégrant dans l'histoire de l'enfant et en jetant des balises pour une vie sexuelle plus épanouie ?
Parallèlement à cela, il y a certainement lieu de questionner chez l'enfant sa vision du monde adulte, de la sexualité, de l'amour, de la vie affective. Comment se positionne l'enfant face à l'adulte qui l'inquiète ?

➔ **Docteur Christiane CHARMASSON :**
Il est parfois très difficile de travailler avec les soignants des services infanto-juvéniles. Les soignants de ces services se trouvent souvent démunis et en grande difficulté pour évoquer les questions liées à la sexualité. Les équipes se trouvent confrontées au manque de personnel, de temps, renforçant la conviction que ces sujets délicats ne sont pas une priorité et face à un fonctionnement de service qui varie d'une équipe à l'autre. Il y a encore beaucoup de travail à faire pour harmoniser les comportements dans un souci pédagogique et de prévention.

➔ **Daniel GROSSHANS :**
Il n'est pas facile de parler du VIH aux enfants qui en sont atteints. Ils ont besoin d'un matériel médiateur pour réussir à en parler. Il ne faut pas hésiter à utiliser de réelles métaphores pour leur parler de leur maladie. La question est : « Comment leur parler pour que ça leur parle ?
Il faut aussi se méfier des statistiques des pratiques à risque. Par exemple, ce ne sont pas les jeunes qui prennent des risques en Alsace mais plutôt la tranche des 50-60 ans.
Comment parler à ces patients qui pensent qu'ils ne risquent rien parce que leur partenaire a une bonne tête ?

➔ **Docteur Vincent RYCKMANS :**
Il est indispensable d'ouvrir les yeux et de se rendre compte que personne n'est tout à fait à l'abri. Nous sommes bien loin du monde gay ou de la toxicomanie. Ainsi, en Belgique, les dernières statistiques montrent que plus de la moitié des personnes porteuses du VIH est constituée de personnes issues de milieux hétérosexuels.

☞ *Docteur Edmond PERRIER **demande à Daniel GROSSHANS de préciser ce qu'il entend par "humaniser la sexualité", expression qu'il a utilisée dans une intervention précédente.***
Fait-il un sort aux sexologues ? Pense-t-il qu'il ne faut pas traiter la sexualité seulement comme une fonction d'organes ?

➔ **Docteur Vincent RYCKMANS :**
Entendons-nous bien. La sexualité doit être appréhendée dans ses différentes composantes. Outre la fonction primaire et biologique, la sexualité humaine dépasse l'acte impulsif pour devenir ainsi l'expression d'un désir inconscient. Ce qui caractérise l'être humain, n'est-ce pas
justement cette mise en parole avec cet accès relatif à l'inconscient. Dans ce sens là, il y a lieu d'essayer d'humaniser la sexualité.

➔ **Daniel GROSSHANS :**
La question de l'humanisation renvoi au vécu de la sexualité dans l'établissement. Ce n'est pas non plus quelque chose d'humain pour le soignant d'ouvrir une porte et de voir deux patients en pleine relation sexuelle. C'est difficile d'en parler quand cela arrive.

☞ ***Docteur Edmond PERRIER*** *demande de bien vouloir préciser ce que c'est, si ce n'est pas humain.*

➔ **Docteur Christiane CHARMASSON :**
Alain GIAMI psychosociologue, chercheur à l'INSERM, a publié un travail sur les représentations que certains peuvent avoir de la sexualité des handicapés. Il considérait que ceux-ci étaient imaginés et fantasmés, tantôt du côté « de l'ange ou de la bête.» L'expression du désir peut produire une image frappante pour certains. C'est un peu particulier si on l'envisage avec une connotation spirituelle.
A cet égard, un numéro de la revue « Handicap » (n°83 – juillet 1999) sur le thème « Sexualité et Institution » est particulièrement intéressant.

➔ **Docteur Vincent RYCKMANS :**
Est-ce que la sexualité doit se limiter à un passage à l'acte dénué de tout désir ? Assurément non ! Au de là d'une sexualité refoulée, frustrée et maladroite, un travail de maturation conduit sans doute à une sexualité plus épanouie.

➔ **Daniel GROSSHANS :**
La sexualité est humaine. Mais il est difficile pour un soignant de se trouver face à une relation sexuelle entre des patients. Il est alors compréhensible que ce dernier se replie sur lui-même et ne dise rien.

☞ *Docteur Edmond PERRIER* ***fait remarquer qu'il n'y a pas d'inhumain de l'humain. Selon lui, ce qui se passe dans l'humanité, c'est humain, quel que soit notre jugement.***

➔ ***Docteur Guylaine LAFOSSE :***
Nous sommes tous confrontés dans notre pratique, à un moment ou un autre, à ce genre de situation. La question est des mots dits ou posés, dans un second temps, sur ces actes ? Il est alors important de laisser circuler la parole autour de ce dont nous sommes témoins dans nos institutions.

☞ *Une Infirmière* ***a vécu ce genre de situation. Elle explique que le problème a été repris avec les patients. Malheureusement, elle regrette que le travail se fasse toujours en aparté, il est rarement repris en équipe. Selon elle, c'est tout le personnel qui est impliqué dans cette problématique, autant les infirmiers que les ASH.***
Il lui semble d'ailleurs dommage que ces derniers ne soient pas présents : ce colloque leur aurait permis sans doute d'obtenir des réponses plus adaptées à celles qu'ils ont actuellement.

COMPTE RENDU DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES SOIGNANTS DE L'EPSAN

Vincent FEIREISEN, *Psychologue, Coordinateur du Comité SIDA, EPSAN*
Dr Myriam CAYEMITTES, *Assistante Généraliste, Comité SIDA, EPSAN*

sommaire

INTRODUCTION

Vincent FEIREISEN

Aborder la transmission du VIH auprès des patients, et donc la sexualité, suppose que nous nous donnions les moyens de réfléchir aux enjeux d'une question aussi difficile et de construire un minimum d'état des lieux dans l'hôpital : état des questions, des attentes, des difficultés des patients et des soignants concernant ce risque médical.

Au sein du Comité Sida, nous nous sommes engagés dans quatre perspectives de travail pour mener à bien cette première étape :

1. **Se nourrir des réflexions qui ont émergé de la recherche-action menée par Christiane CHARMASSON et son équipe, car ces résultats sont transposables et nous pouvons nous les approprier.**

2. **Recueillir des informations sur la mise en œuvre de la prévention du VIH dans l'établissement.**
   Le moyen choisi a été un questionnaire à destination des soignants, proposé en 2001.
   A travers cette proposition de questionnaire, il s'agissait également de sensibiliser et de mobiliser les soignants à cette question de la prévention du VIH.
   Myriam CAYEMITTES vous présentera les résultats de cette enquête qui n'a aucune prétention scientifique, sinon de baliser notre réflexion et nous apporter quelques pistes de travail.
   Je prendrai sa suite pour croiser ces résultats avec ceux de la recherche-action menée par l'équipe de Christiane CHARMASSON dans des établissements de santé similaires au notre, et je reprendrai les propositions que ce groupe de travail a formulées.

3. **Recueillir des éléments de réflexion sur la mise en œuvre de cette prévention auprès des patients, à partir de leurs attentes, des difficultés qu'ils rencontrent, des questions qu'ils soulèvent.**
   Le moyen choisi a été de faire appel à une équipe de prévention extérieure à l'établissement (l'EMIPS du Bas-Rhin – Equipe Mobile d'Information et de Prévention du Sida)
   Celle-ci est intervenue plusieurs fois dans le cadre d'actions de prévention qu'elle a animées, à l'occasion de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida.
   Les bilans effectués nous ont apporté des éléments de réflexion utiles pour l'état des lieux que nous sommes en train de réaliser, et nous ont permis de dégager des perspectives vers lesquels nous engagerons la suite de notre travail.
   Thomas BRAUN, coordinateur de cette équipe, vous parlera tout à l'heure de cette expérience de prévention et des réflexions qu'elle a suscité au sein de cette équipe.

4. **Organiser une journée de rencontre et de formation pour échanger entre professionnels sur cette question de la prévention, pour partager nos expériences, nos réflexions, mais aussi aborder nos difficultés et faire état des points de butée que nous rencontrons dans nos pratiques afin de pouvoir dégager des pistes vers lesquelles orienter notre travail.**

Je propose à Myriam CAYEMITTES de nous parler des résultats de cette enquête effectuée auprès des soignants de l'EPSAN en 2001.

ENQUETE REALISEE AUPRES DES SOIGNANTS DE L'EPSAN
Dr Myriam CAYEMITTES

METHODOLOGIE *(voir questionnaire en annexe)*

Questionnaires envoyés : 993,
dont :

- personnels paramédicaux et éducatifs : 840
- personnel médical (psychiatre ou autre) : 93
- psychologues : 37
- assistants sociaux : 23

Période de l'enquête : du 01/02/01 au 06/04/01

Questionnaires rendus : 208 soit 21% de répondants
dont :

- psychologues : 10/37 soit 27%
- personnels paramédicaux et éducatifs : 159 soit 20%
- assistants sociaux : 2/23 soit 8%
- personnel médical : 5/93 soit 5%

OBJECTIFS

L'objectif de cette enquête est de réaliser :

- un état des lieux sur l'établissement;
- un recueil d'informations auprès des soignants sur les moyens mis en œuvre pour la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine.

EXISTE-T-IL UNE REFLEXION D'EQUIPE SUR LE SUJET ?

Une des premières questions soulevées est celle de la réflexion d'équipe sur les moyens de transmission du VIH parmi les patients.

Cette réflexion existe pour 20% des répondants.
En approfondissant le questionnement : cette réflexion consiste en réalité en *une transmission d'informations.*

Ces transmissions se font généralement lors de réunions institutionnelles dans lesquelles toutes les catégories professionnelles sont représentées.

Pour 54% des situations, cette "réflexion" se fait lors de réunions d'équipes au sujet :

- d'informations concernant les protocoles AES;
- de transmissions d'informations concernant le comité SIDA;
- de transmissions d'informations sur les programmes organisés pour la journée mondiale de lutte contre le SIDA.

Pour 48% des répondants cette "réflexion" se fait lors de l'accueil de patients dits « à risque » :

- patients toxicomanes;
- patients séropositifs au VIH;
- des AES de soignants.

EN QUOI CONSISTERAIT CETTE REFLEXION ?

Une grande majorité des réponses porte sur la notion de conduites à risques.

- Il semble que l'information concernant les populations les plus exposées soit passée et connue (36%),
- mais il existe un souhait encore fort de réactualisation de ces informations.

Les réponses portent peu sur l'abord de la sexualité des patients.
Celle-ci n'est pas évoquée tant dans la vie quotidienne institutionnelle que dans la prise en charge et l'évocation de la santé mentale.

Cette réactualisation des informations permettraient l'identification de conduites à risques lors de l'accueil de patients les plus exposés ou appartenant aux groupes de transmission identifiés (comme dans la population générale : toxicomanie, partenaires sexuels multiples…)

Cela sous-entend :

- qu'une réflexion sur la prévention ne pourrait se faire que dans l'accueil de tels patients et non pour l'ensemble des patients suivis dans les structures de soins;
- qu'une réflexion sur la prévention ne pourrait se faire que dans l'urgence.

Pour un pourcentage plus faible de réponses, ces démarches de prévention ne s'adresseraient qu'aux soignants et se limiteraient aux risques de transmission, lors des soins apportés aux patients cités ci-dessus.

EN QUOI CONSISTE OU CONSISTERAIT CETTE PREVENTION ?

- EN DIRECTION DES PATIENTS -

- *La mise à disposition de préservatifs :*
  cette notion semble acquise et nécessaire.
  Pour un grand nombre de réponses : cette démarche découle de demandes des patients.

  Demandes d'informations ou d'explications qui refléteraient le manque d'actions organisées par l'équipe, mais aussi la perception par les patients de conduites à risques.

  Du côté des soignants, les relations sexuelles seraient connues, mais la mise à disposition de préservatifs se substituerait à la parole autour de la sexualité.

- *La transmission d'informations.*

- *La sensibilisation, les conseils.*

- *Des entretiens plus ciblés sur la sexualité.*
  Ils ne toucheraient que les patients dits "à risque."

  Le signifiant VIH/SIDA ne fait pas émerger la question de la sexualité.

- EN DIRECTION DES SOIGNANTS -

La prévention consisterait en une réactualisation des connaissances et des formations sur ces conduites à risques.

ROLE PROFESSIONNEL

88% des personnes interrogées : cette prévention fait partie de leur rôle professionnel.
Celui-ci est repris autour des missions de *prévention* et d*'action de santé publique.*

Ce rôle de prévention ne s'intègre pas dans une culture de référence, où la santé mentale et la sexualité seraient incluses dans la prise en charge globale du patient.

Pour une faible proportion (6%) est abordée la *particularité de la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie* :

- la vulnérabilité liée à la promiscuité et l'isolement affectif;
- la nécessité de prendre en compte la sexualité dans la prise en charge du patient ;
- l'existence de troubles mentaux aigus (ou plus chroniques) altérant les capacités de jugement sur d'éventuelles conduites à risque (état délirant, troubles de l'humeur …)

OBSTACLES A LA PREVENTION

C'est uniquement lors de cette question qu'apparaît la particularité du travail en santé mentale, les difficultés propres aux patients accueillis.

On a :

- une grande moitié de non-répondants.
- Pour l'autre fraction, *les troubles mentaux sont évoqués comme principal obstacle aux démarches de prévention.*

Ces obstacles sont-ils réels ?

- Tiennent-ils aux patients (vulnérabilité psychique) ?
- Tiennent-ils à la représentation de la sexualité et de l'intimité en institution ?
- Tiennent-ils aux difficultés d'aborder la sexualité en milieu psychiatrique ?

Ce serait aussi *en conclusion* un des biais de notre questionnaire : il aborde la prévention de la transmission du VIH et la sexualité avec la dimension de risque.

Ainsi, nous n'avons en retour qu'une approche particulière de la représentation de la sexualité dans notre établissement.

QUELQUES RELEXIONS ISSUES DE LA RECHERCHE-ACTION DE C. CHARMASSON

Vincent FEIREISEN

Le groupe de recherche dirigé par Christiane CHARMASSON s'est également intéressé à cette question de la prévention et a exploré les mises en œuvre de cette prévention par les équipes soignantes.

On peut repérer trois types d'actions de prévention, et en identifier également leurs limites :

- **L'interdiction des relations sexuelles**

L'objectif de cette interdiction est bien sur de diminuer l'exposition aux risques. Elle a comme conséquence d'amener les patients à cacher leur sexualité et à mettre en place des stratégies de contournement (pas très favorables à la prévention).
Elle amène les soignants à ne pas investir d'autre modalités de prévention.
Une des conséquences les plus graves, c'est le groupe de travail qui la rapporte et je le cite : « Ces interdits fondent un espace dans et sur lequel toute parole sur la sexualité est rendue impossible tant du coté des soignants que des patients »

- **La mise à disposition de préservatifs masculins**

Cette mise à disposition fait quasiment unanimité parmi les soignants (87% d'avis favorables en extra-hospitalier et 90,8% en intra)
Mais quand on explore les conditions de cette mise à disposition, on se rend compte que, pour la plupart des situations, il s'agit d'une présence « banalisée » du préservatif qui occulte toute réflexion en amont sur la prévention et surtout qui occulte toute circulation de parole autour de la sexualité et des pratiques sexuelles des patients dans l'institution.
Je pense aux témoignages rapportés par deux collègues qui travaillent sur ces questions, au sein du Comité Sida de leur établissement. Ils rapportaient qu'une infirmière s'était opposée à ce qu'on mette des préservatifs dans une panière dans le pavillon avant que le sujet ne soit évoqué en réunion d'équipe : « On remplit la panière, mais on ne parle jamais de la sexualité des patients, on ne parle jamais de prévention aux réunions d'équipes, alors là, j'ai dit non parce que cela n'a plus aucun sens »
Un autre témoignage de soignant, toujours rapporté par les mêmes collègues : « Chez nous, c'est clair, il y a des préservatifs dans l'armoire à pharmacie. On en donne facilement, mais c'est un peu comme un objet magique qui réglerait tous les problèmes de prévention. C'est un peu comme si on disait, on a des préservatifs, personne ne risque plus rien. »

- **Enfin, d'autres actions de prévention sont repérées, mais peu nombreuses.**

Elles mettent en œuvre la relation duelle.
62% des personnels disent parler de prévention avec les patients.
Quand on regarde de plus près le contenu de ces entretiens, il s'agit de rappeler des informations ou de passer des messages de rappel sur un mode injonctif « il faut faire attention ».
Dans cette pratique de la prévention, on postule que c'est l'information qui va amener à un changement de comportement et que la prévention est du domaine de la connaissance, de la volonté, de la conscience (la prise de risque est du domaine de l'inconscience)

Or, bien sur, si une information claire, adaptée, et la plus précise possible, constitue un préalable indispensable *pour que quelqu'un puisse être en mesure de se poser la question de la prévention*, c'est-à-dire de sa propre protection, on sait maintenant que la plus grande difficulté est ailleurs.
Elle se trouve dans la capacité que cette personne va avoir à intégrer cette information et la possibilité de mettre en acte cette prévention pour elle-même.

Le problème ne se pose donc pas seulement en terme d'acquisition de connaissances, même s'il y a toujours nécessité d'une reprise. D'ailleurs le niveau d'information, celui qui est utile et nécessaire pour mettre en œuvre la prévention, ce niveau est correcte parmi les usagers en santé mentale. Il correspond à celui de la population générale.

L'expérience en matière de prévention le montre, il ne suffit pas d'informer sur les modes de transmission du VIH et de donner des conseils pour éviter la contamination et pour que tout risque soit évité.
Les changements de comportements n'obéissent pas seulement à des règles rationnelles, pas plus et plutôt moins dans le champ de la sexualité que dans d'autres (on peut évoquer ici les autres conduites à risques.)

Cette prévention dans le champ des conduites à risques, et en particulier dans le domaine de la sexualité, est d'autant plus complexe que la manière dont chacun vit sa sexualité est la résultante de facteurs internes, psychologiques, et externes, sociaux et moraux, fort intriqués et, je dirais, sur une autre scène, la résultante de son Inconscient.

Or, ce qui est frappant, c'est que les soignants surinvestissent une pratique de la prévention sous la forme d'une transmission d'informations, de connaissances et de transmissions de conseils *par rapport à un travail d'élaboration* qui serait nécessaire et qui consisterait *à interroger ce qui vient faire obstacle à la prévention.*

Pourtant, le choix de cette relation duelle permettrait une personnalisation de la prévention à partir des difficultés rencontrées par le patient.

Ce qui est souvent mis en avant par les soignants, c'est leur crainte de se placer en contradiction avec l'interdiction des relations sexuelles dans l'institution ou encore de faire effraction dans l'intimité du patient et de modifier la relation soignant-soigné, en introduisant des éléments vécus comme potentiellement provocateurs ou séducteurs.

Ce qui est peut-être aussi à entendre, dans les craintes formulées par les soignants, c'est la grande solitude dans laquelle ils sont laissés, eux aussi, avec ces questions.
Leur pratique actuelle de la prévention ne traduirait-elle pas l'absence totale de réflexion institutionnelle sur une prise en charge globale du patient, incluant la question de la sexualité et de la prévention ?
Laissée à l'appréciation des soignants et présupposant une sacré capacité à parler de sexualité, l'institution n'offre aucun soutien et accompagnement aux soignants pour leur permettre cette prise en charge thérapeutique.

Ainsi deux axes de travail complémentaires se dégagent de la réflexion issue de ce groupe de travail :

- **Une prévention dite « active » :**

Il s'agit d'aider le patient à progresser compte-tenu de ses contraintes. Il s'agit d'individualiser, de personnaliser le travail de prévention en fonction des difficultés rencontrées par chaque patient.
Il ressort de notre responsabilité de repérer comment la maladie, la vulnérabilité psychique (qui n'est pas la même en phase aiguë), comment le suivi psychiatrique, voire l'hospitalisation, vont jouer pour cette personne un rôle variable, dans la réduction ou la majoration des risques.
Cette prise en compte d'une prévention personnalisée suppose d'abord une redéfinition de la prévention *comme une « mise au travail » au sens psychique du terme* plutôt que comme transfert d'informations.

- **Une prévention dite « passive » :**

Il s'agit de ce que l'institution peut faire pour diminuer l'exposition aux risques, de manière indirecte, avec divers outils (par exemple : suivi gynécologique, existence d'un espace de parole sur la sexualité, etc.)

Quelles sont les propositions concrètes formulées par le groupe de travail, à l'issue de cette recherche-action ?

Il s'agit de construire *une culture commune de la prévention*, s'appuyant sur plusieurs outils dont : la mise en place de protocoles destinés à permettre une réflexion commune en équipe, l'adoption commune de modalités d'intervention et d'orientation des patients.
Enfin, celle que je souhaiterais développer pour finir : la mise en place de formations adaptées à chaque service.

Il ne s'agirait pas de formations « clés en main », mais de formations qui reprendraient les questions soulevées et mobilisées par cette question de la prévention.
Elles seraient élaborées à partir de l'évaluation des expériences antérieures, des soutiens institutionnels et de l'implication du chef de service, des cadres infirmiers, des médecins psychiatres et somaticiens.

Il s'agirait aussi de tenir compte de l'intégration des objectifs de la formation dans un projet de service ou d'établissement.

Les **thèmes** pourraient être, par exemple :
- La création d'espace de parole sur la sexualité utilisable par les patients
- L'écoute des difficultés rencontrées par les patients notamment dans leur vie intime et à l'occasion de leurs relations sexuelles
- La prévention comme une mise au travail au sens psychique, à partir de l'identification des difficultés rencontrées par les patients

- La construction d'alternatives de prévention avec des patients, si l'utilisation du préservatif est impossible
- La manières de réduire les risques individuellement et institutionnellement
- L'élaboration de critères de repérage de situations ou de périodes de vulnérabilité chez les patients et les diverses réponses individuelles et institutionnelles
- L'utilité et les effets de l'interdiction des relations sexuelles
- L'articulation soins psychiques-soins somatiques
- Comment intégrer la prévention dans le projet de service
- Le choix, l'adoption et l'utilisation d'outils de prévention
- La sexualité, comment aborder cette question en équipe, avec les patients…
- Les risques sexuels et leur prévention
- .....

Les **méthodes pédagogiques** devraient privilégier les mises en situation, les jeux de rôles à partir de problématiques cliniques courantes vécues dans les services, en élargissant et diversifiant les possibilités d'analyse et de réponses.

Je rajouterai pour ma part deux points sur lesquels il me parait important d'insister :

- **La nécessité d'un soutien institutionnel (service, établissement)**

Dés qu'on commence à travailler de près sur les questions que soulève la prévention du VIH/ Sida, émerge un ensemble de thèmes liés à la sexualité et aux prises de risques : contraception, grossesse, maladies sexuellement transmissibles, violences sexuelles, etc.
Toute réflexion sur cette question nous amène à travailler sur les représentations que nous avons de la maladie mentale et de la sexualité des patients et nous incite à redéfinir le cadre thérapeutique de notre intervention.
A repenser la sexualité non pas seulement en terme de danger, mais aussi à l'inclure comme un des déterminants qui construit la santé du coté de la recherche du bien-être.
A repenser le concept même de santé mentale.
Il est intéressant de réaliser à quel point une réflexion sur la prévention peut nous amener à travailler sur nos représentations, les modifier et ouvrir des perspectives de travail insoupçonnées.
Cette réflexion peut également générer du changement institutionnel.
S'il n'y a pas trop de résistances...

- **Enfin, la nécessité d'un accompagnement des équipes, sous forme de régulation ou d'échanges sur les pratiques.**

Parce que mettre en place ce type de prévention dans un service, dans une institution, revient à y prendre en compte la dimension psychique.
Il s'agit de permettre aux soignants impliqués de travailler sur les questions qui émergent : parler de la sexualité des patients, des représentations qu'ils en ont, des implications de la prévention, de leurs réticences et de leurs résistances, de leur peur de la contamination ou de la contamination des patients pris en charge,....

Autant de nécessité à se mouiller... subjectivement.

Enquête sur

la prévention de la transmission du VIH *auprès des patients suivis à l'EPSAN*

Cher(ère) collègue,

Vous trouverez ci-joint un questionnaire d'enquête sur ***la prévention de la transmission du VIH auprès des patients suivis à l'EPSAN*** .

La prévention de la transmission du virus du SIDA soulève de nombreuses questions autour des conduites à risque et des conduites sexuelles des patients que nous accueillons.
Elle amène très souvent à élargir notre réflexion à l'ensemble des événements liés à la sexualité et aux prises de risque : contraception, grossesse, maladies sexuellement transmissibles, violences sexuelles, partage de matériel souillé chez les usagers de drogues, etc.

Le but de cette enquête est de recueillir des informations sur l'état actuel de cette prévention dans notre établissement.

Le Comité SIDA souhaite se servir des résultats pour élaborer le contenu d'une journée de rencontre et de formation destinée aux personnels soignants de l'EPSAN.
Cette journée pourra porter sur la mise en œuvre de cette prévention auprès des patients suivis en psychiatrie.

Le questionnaire ci-joint est ***anonyme***.
Nous vous demandons de le remplir ***individuellement*** et de le retourner pour ***le 6 avril 2001*****,**

à l'adresse suivante :

Comité SIDA
Secteur G02
Site de BRUMATH

Merci de l'attention que vous accorderez à cette démarche.

Le Comité SIDA

QUESTIONNAIRE ANONYME et INDIVIDUEL

1 - Dans votre service, participez-vous (ou avez-vous participé) à une *réflexion d'équipe* **sur les questions que pose le risque de transmission du VIH chez les patients ?**

θ Oui θ Non

1.1 ***Si oui*** **:**

1.1.1 A quelle(s) occasion(s) ? .....

…….. .....

1.1.2 Quelles sont les catégories professionnelles qui participent (ou ont participé) à cette réflexion ?

θ Agent des services hospitaliers θ Aide médico-psychologique θ Aide-soignant(e)
θ Assistante sociale θ Educateur (trice) θ Infirmier(ère)
θ Médecin Psychiatre θ Médecin (autres spécialités) θ Médecin-chef
θ Psychologue θ Surveillant(e) θ Surveillant(e)-chef
θ Autre, précisez : **…**

1.1.3 Commentaires : ……

……

1.2 ***Si non*** **:**

1.2.1 Y a-t-il des occasions où cette réflexion d'équipe vous serait utile ?

θ Oui θ Non

1.2.2 Si oui, lesquelles ? .....

…… ……

1.2.3 Si non, pourquoi ? .....

.....

1.2.4 Commentaires : .....

…… .....

2- Pour vous, en quoi consiste (ou consisterait) cette *prévention* **de la transmission du VIH auprès des patients ?**

.....

.....

.....

3- Considérez-vous que la prévention de la transmission du VIH auprès des patients fait partie de votre *rôle professionnel* **?**

θ Oui θ Non

3.1 ***Si oui*** **:**

3.1.1 Pourquoi ? .....

……..

3.1.2 La mettez-vous en œuvre dans votre pratique ? θ Oui θ Non

3.1.3 Si oui, dans quelles circonstances et comment ?

……

……

3.1.4 Obstacles rencontrés ?

……...

……

3.1.5 Si vous ne la mettez pas en œuvre, pourquoi ?

……

……

3.1.6 Commentaires : ……

……

3.2 ***Si non*** **:**

3.2.1 Pourquoi ? .....

……..

3.2.2 Commentaires : ……

……

4- Avez-vous des *attentes et/ou des suggestions* **en faveur de la prévention de la transmission du VIH auprès des patients ?**

.....

.....

.....

5- Où travaillez-vous ?

θ En intra-hospitalier θ En extra-hospitalier θ Les deux

6- Quelle est votre fonction ?

θ Agent des services hospitaliers
θ Assistante sociale
θ Médecin Psychiatre
θ Psychologue
θ Aide médico-psychologique
θ Educateur (trice)
θ Médecin (autres spécialités)
θ Surveillant(e)
θ Aide-soignant(e)
θ Infirmier(ère)
θ Médecin-chef
θ Surveillant(e)-chef
θ Autre, précisez : **...**

7- Vous avez : θ Moins de 25 ans θ Entre 25 et 34 ans
θ Entre 35 et 44 ans θ Entre 45 et 54 ans
θ Plus de 55 ans

8- Vous êtes : θ Un homme θ Une femme

à retourner SVP pour le 6 avril 2001, dernier délai

à :

Comité SIDA

Secrétariat du secteur G 02

Site de BRUMATH

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

UNE EXPERIENCE DE PAROLE AUTOUR DU VIH ET DE LA SEXUALITE A L'EPSAN

Thomas BRAUN

Coordinateur Equipe Mobile d'Information et de Prévention du Sida du Bas-Rhin

sommaire

L'Equipe Mobile d'Information et de Prévention du Sida (EMIPS du Bas-Rhin) est une équipe d'une dizaine de professionnels des champs médicaux et sociaux (médecin, infirmier, psychologue, éducateur, conseillère en ESF…) qui intervient depuis 1998 dans divers lieux et auprès de différents publics, en tentant d'aborder la prévention du VIH/Sida et des risques liés à la sexualité du côté de la parole. Son but est de prendre en compte le sens des actes posés par les personnes.

A l'occasion symbolique des journées mondiales de lutte contre le Sida de 2000 et 2001, le Comité Sida de l'EPSAN a demandé à l'EMIPS d'intervenir auprès des patients, afin de mener une action de sensibilisation à la prévention du Sida et de compléter, sur cette question, l'état des lieux dans l'établissement.

Pour répondre à cette commande, et malgré l'expérience du milieu psychiatrique par certains intervenants de notre équipe, il nous a semblé important de commencer par nous interroger sur nos propres représentations concernant la sexualité en institution.
Notre objectif était d'organiser des temps d'échanges et de discussions à partir des questions soulevées par le Sida. Tout en étant attentif au rôle du personnel soignant dans l'information des patients, aux témoignages des patients et soignants sur l'accès au matériel de prévention, il s'agissait également pour nous de relever les attentes et besoins en matière de prévention des personnes hospitalisées.

Lors des interventions, nous avons retrouvé les difficultés inhérentes aux actions ponctuelles. Bien que prévues de longue date et annoncées par affichage, peu de monde était au courant de ces actions. Les lieux retenus pour ces rencontres-discussion ont été les cafétérias des sites de HOERDT et de BRUMATH. Trente à quarante personnes ont participé à chacune des quatre rencontres. Bien que le cadre ait joué différemment sur l'ambiance et les échanges certains points communs ont néanmoins pu être relevés.

- Le niveau de connaissance général et les questionnements sur la transmission du VIH/Sida sont assez proches de ce qu'ils sont en population générale.
- Il existe des représentations très contrastées sur l'interdiction de la sexualité dans l'institution tant du côté des patients que du côté des soignants.
- La demande de parole sur le thème de la sexualité est très présente.
- L'existence et la fréquence de l'activité sexuelle cachée, aux alentours des établissements, témoignent du peu de sécurité dont bénéficient les patients.

Ces expériences ont été pour nous l'occasion de nous interroger sur certains points.

Comment se fait-il qu'il puisse y avoir des représentations aussi différentes de la part des soignants sur la question de l'interdiction ou non des relations sexuelles dans l'établissement?
Comment se fait-il que ce problème de santé mobilise aussi peu de soignant d'un hôpital ?
Pourquoi est-il si difficile de sortir du registre exclusif de l'information en matière de prévention ?
Pourquoi existe-t-il si peu de créativité concernant les actions de prévention menées ?
Quelle part les soignants accepteraient-ils de prendre, dans un processus de décloisonnement de la prévention ?

Nous pourrions réfléchir ensemble, professionnels de l'institution et intervenants extérieurs, à la façon d'inscrire la prévention du VIH/Sida dans la même finalité que celle du soin.
La sortir du giron des spécialistes et s'en servir comme levier pour questionner les pratiques institutionnelles, les difficultés liées à la promiscuité, la place donné à la parole des usagers etc.
Le champ qui s'ouvrirait alors aurait bien plus de cohérence et d'efficacité que les interventions ponctuelles de "spécialistes de la prévention" qui tiennent lieu, aujourd'hui encore, de programme de prévention !

DEBAT 3

Modérateur :

Daniel GROSSHANS

Psychologue, Référent de la Commission Psy du CISIH, Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

☞ *Une participante* ***demande comment aborder la sexualité avec les patients, parce qu'ils viennent rarement demander des informations.***

sommaire

➔ **Thomas BRAUN :**

Il devrait y avoir des lieux où ces questions puissent être abordées en équipe et que chaque soignant puisse en bénéficier et faire avancer la réflexion collective. En terme d'appui à la pratique, une formation devrait être proposée.

Mais si les soignants sont trop peu nombreux ou débordés, comment peuvent-ils être disponibles pour aborder des questions aussi délicates ? S'il y a peu de soignants formés, ces derniers ne risquent-ils pas aussi d'apparaître comme les spécialistes de la question, au risque d'une démobilisation des autres ?

➔ **Vincent FEIREISEN :**

Il n'existe bien sûr pas de recettes toutes faites. Quand on est démuni par rapport à ces questions et sur la manière de les amener, c'est souvent parce qu'elles ne sont pas élaborées pour nous-mêmes. Ainsi, on n'est pas en disponibilité pour les entendre chez l'autre.

On peut se donner les moyens d'y réfléchir, en travaillant à partir de tout ce qu'elles font émerger en nous. Ce travail de réflexion doit se faire en équipe, mais il appelle un investissement personnel, car subjectif. Et c'est en peut-être en cela qu'il a des limites ou plutôt qu'il nécessite des conditions particulières dans une institution.

Quand on peut travailler sur ses difficultés, ses résistances, ses points de butée par rapport à la sexualité, on se trouve très souvent dans une autre disponibilité d'écoute avec l'autre. Parce qu'on l'a été avec soi-même ! Alors, cette question : "à quel moment peut-on parler au patient ?" n'existe plus.

Il ajoute aussi qu'on ne sera plus seulement du côté de l'information et donc du message, mais du côté de l'écoute et de la mise au travail, au sens où on peut l'entendre sur le plan psychique.

Revient sur le débat concernant l'humanisation de la sexualité.

L'être humain ne se réduit pas au sujet social, à savoir à sa réalité biologique, sociale, culturelle, comportementale, psychologique.

Etre humain, c'est aussi être un sujet psychique. Parler de sujet psychique, c'est faire référence à l'hypothèse de l'Inconscient. C'est-à-dire au sujet de l'Inconscient, cette partie voilée, ce sujet qui parle à son insu, puisque l'Inconscient, c'est le lieu où l'on ne sait pas.

Il est toujours important de préciser cette différence, parce que sujet social et sujet psychique n'ont pas le même statut et ne sont pas régis par les mêmes lois. Ils ne sont donc pas soumis à la même logique. C'est pourquoi, ils ne se correspondent pas et sont en conflit.

Si on se situe du côté de l'hypothèse de l'Inconscient, on verra qu'on n'a pas affaire aux mêmes logiques selon qu'on parle du sujet social ou du sujet de l'Inconscient. Or, une grande part du sexuel, comme expérience de désir et de plaisir, de sensation et d'émotion, est soumis à cette logique pulsionnelle inconsciente.

L'Inconscient, lui, ne connaît ni le temps ni la mort. Il est agi par les pulsions et la jouissance.

Les perspectives pour "s'en sortir", c'est-à-dire "vivre" sur le plan humain, relèvent de deux instances et de deux modalités : le Surmoi (le refoulement) du côté de la norme, de la normalisation, c'est-à-dire du côté de l'Imaginaire ou l'Idéal du Moi (la sublimation), du côté de l'invention et de la création, de l'échange et de l'altérité, c'est-à-dire du côté du Symbolique.

Selon ce point de vue, quand on parle "d'humaniser la sexualité", on peut l'entendre soit du côté de la répression par la voie de la normalisation, ce qui reste très dépendant des modèles normatifs d'une société, d'un groupe de référence, soit du côté de la création par la voie de la symbolisation, de la mise en sens.

Finalement, les difficultés de la prévention ne font que témoigner du rapport conflictuel que chacun entretient avec ces questions.

Et la prévention du SIDA peut être une occasion pour nous engager dans la mise en sens des questions que soulève le sexuel.

☞ *Docteur Edmond PERRIER* ***remarque que lorsque ces questions ont été soulevées en équipe, par la suite, les soignants les abordent différemment avec les patients.***
Selon lui, une autre question se pose : l'hôpital est-il un lieu où l'intimité est interdite ? Est-il indispensable d'avoir de l'intimité pour être un sujet, pour se soigner ou pour être en relation avec les autres?
Aborder la question de l'intimité élargit la réflexion au-delà de la question de la sexualité tout en permettant de considérer aussi cette dimension de l'existence de chacun. Parler de l'impossibilité du patient d'échapper au regard du soignant permet de ne pas aborder ces questions de front. C'est un travail sur l'ambiance et lorsque l'équipe se met à considérer l'ambiance comme un outil de travail, elle se modifie, notre vision des patients évolue et eux même peuvent aborder les choses différemment.

☞ *Un Infirmier* ***fait part d'une expérience dans son service de psychiatrie. L'équipe qui rencontrait des difficultés à approcher le thème de la sexualité avec les patients, a créé un groupe où ceux-ci ont été invités à discuter de l'actualité. Beaucoup de faits divers ont été relatés, dans lesquels le sujet de la sexualité a souvent prédominé. Ces discussions en groupe ont permis d'aborder la sexualité des patients, et la façon dont ils voyaient les choses.***
Selon lui, il y a de multiples moyens pour évoquer ce thème sans forcément l'aborder de front.

➔ **Daniel GROSSHANS :**
Parler de sexualité, d'intimité introduit une nouvelle notion : celle du tabou. Deux sortes de tabous existent. Celui des générations où la sexualité est tabou, et celui où certains mots, certaines choses sont à la limite de la parole, dépassent la parole.
Si l'information est ce qui est assimilé le plus facilement, c'est parce que le reste est plus difficile. Lorsque l'on informe, on a un rôle de tiers médiateur dans la relation. Des éléments vont faire que quelque chose se met en route dans une discussion sur la sexualité. On peut parler de la sexualité par le biais de moyens détournés à savoir les techniques d'entretiens qui ne doivent pas ficeler le sujet.
La question d'humanité, d'humanisation est très présente dans la culture infirmière. Le terme inhumain est souvent utilisé par les soignants. La question de l'humain, de l'inconscient paraît tout à fait intéressante. Parler du VIH, de sexualité, doit être vu en équipe mais jusqu'où aller dans l'équipe? Comment réagit-on vis-à-vis de l'autre sur sa sexualité?

➔ **Thomas BRAUN :**
Concernant la façon d'aborder la sexualité avec les patients, il y a deux choses très différentes à mon sens. D'une part, il y a l'action de prévention qu'on décide de mener dans le cadre de la santé publique ou d'un projet de service, avec une réelle intention derrière de la part des soignants ou des acteurs de prévention,
D'autre part, ce qui peut être davantage du registre de la demande qu'un patient adresse à un tiers.
Le fait d'être plus au clair sur une question, suite à une formation par exemple, entraîne bien souvent le fait d'être reconnu comme interlocuteur sur le sujet en question par les patients.

SYNTHESE ET PERSPECTIVES

Dr Edmond PERRIER,

Psychiatre, Praticien hospitalier, Président de la Commission Médicale d'Etablissement, EPSAN

sommaire

6 décembre 2050 :

Les firmes multinationales (pharmaceutiques) sont depuis plusieurs années aux commandes du monde. Elles maîtrisent tout ce qui concerne la santé des populations, elles maîtrisent tout ce qui concerne l'agriculture, l'élevage et la nourriture de chacun. Le monde est sécurisé, chaque nouveau-né absorbe avec sa vitamine D une goutte de Prozixa qui permet de le suivre toute sa vie via les satellites.
Du reste, la plus grande menace aujourd'hui, est le Virus Informatique Hermétique (VIH) qui détruit certains programmes de surveillance. Cette épidémie se rajoute à la préoccupation majeure qu'est la sécurité satellitaire dans l'espace et l'encombrement des orbites.

L'Afrique est devenue l'orphelinat du monde pour sa partie Sud, un asile de vieux irrécupérables à l'Ouest, un asile de fous récalcitrants à l'Est et un laboratoire de médecine, de biologie et d'agronomie expérimentale au Nord. La régulation de la sexualité est un programme prioritaire depuis longtemps. Dans l'occident un nouvel organisme est né, l'ANAES, l'Agence Nationale Attentive aux Ebats Sexuels.
Cet organisme élabore des recommandations de bonne conduite et de bonnes pratiques sexuelles…
La médecine a fait de grands progrès, notamment en psychiatrie. Il a pu être mis au point un nouveau traitement qui abolit tout désir sexuel, provoque une dépendance impliquant la compliance du patient, et induit une atrophie des organes sexuels car ils ne servent plus à grand chose. Certains patients résistent et sont alors hospitalisés dans les services africains. Dans le cas de trop grande résistance, les programmes d'extermination mis au point sous l'Allemagne nazie pour les malades mentaux ont été actualisés.

L'élimination d'un certain nombre de sujets devient une priorité humaniste, au nom de l'impossibilité de laisser vivre quelqu'un une vie si terrible que celle de certains malades mentaux.

Une poignée de résistants prépare la révolution de 2068…

Je me réveille… c'est un rêve, un cauchemar, ouf ! ! Nous sommes là, le monde n'est pas comme dans ce cauchemar.

Aujourd'hui :

- 68 millions de personnes infectées par le SIDA en 2020,
- 42 millions atteintes par le VIH aujourd'hui,
- plus de morts que la grande peste en occident,
- plus de morts que toutes les guerres réunies du 20ème siècle,
- le monde se contente de ne rien faire face à l'épidémie qui se propage,
- un traitement ne coûte que 2 euros par jour, que font ceux qui ont l'argent, les médicaments ?

Mais alors aujourd'hui aussi, c'est un cauchemar… Y-a-t'il une place pour le rêve… ? Et si en parlant de sexualité aujourd'hui, on ne pouvait pas faire l'économie de la question de l'amour nous dit Vincent RYCKMANS, même si cela se barre dramatiquement par la mort.
Tragique condition humaine tiraillée par les forces d'Eros et celles de Thanatos qui aujourd'hui s'amplifient lorsque la mort se marque dans le corps, sur le corps, doucement, aussi par l'amour… et le temps si court de la petite mort.

Même si les soignants en psychiatrie sont souvent empêtrés dans leurs contradictions et leur pratique, on peut dire que malgré certaines résistances, ils ont contribué et ils contribuent à se mobiliser contre tout ce qui prive les patients de leur liberté et en premier lieu les troubles psychiques, mais aussi toutes les formes de ségrégations…

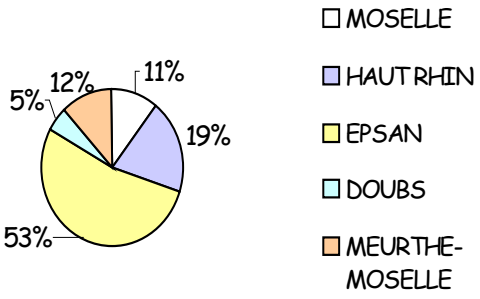
Les indispensables rappels historiques de Nicole HORASSIUS nous ont illustré les évolutions de ces domaines qui ont été aussi le fait du travail des soignants (mixité…)
Tous les droits de chacun rappelés par Thierry CASAGRANDE ne nous rappellent qu'une chose, c'est qu'ils sont nos frères en humanité, c'est aussi le propos de Dominique ROLLAND. C'est bien de cela qu'il s'agit aujourd'hui, et on doit remercier toute l'équipe du Comité Sida de nous donner l'occasion d'y réfléchir. Le travail est encore vaste pour permettre à nos patients d'être dans nos services de soins dans des conditions qui permettent l'intimité sans que cette intimité les mette en danger. Cela nécessite de supporter nos contradictions, nos paradoxes c'est à dire de se situer dans un champ qui ne peut pas tout réglementer. La prévention de la transmission du VIH nous oblige à l'information et surtout constitue une reconnaissance de fait de la sexualité de chacun, donc des patients.
Notre combat pour que le sexe et l'amour ne conduisent pas à la mort certaine, notre engagement pour que chacun puisse prétendre à une vie d'où le sexe et l'amour ne soient pas exclus par la mort précoce et par la mort transmise, doit obligatoirement s'étendre à tous nos frères en humanité, en Afrique, en Asie, en Chine, en Russie, ici.
Nous avons déjà à répondre de trop d'orphelins dans le monde qui n'accéderont jamais à autre chose qu'au désespoir et au néant.

Aujourd'hui, l'argent consacré à l'effort de guerre contre l'Irak permettrait de maîtriser la maladie en 10 ans.
Le conseil des aspects des droits de propriété intellectuelle relatif au commerce (structure de l'Organisation Mondiale du Commerce) qui doit résoudre les problèmes de l'accès au traitement devait traiter cette question le 25 novembre 2002. Il a reporté la question à une autre session, mais la date n'a pas été décidée !

La résistance est indispensable sur tous les fronts.
L'histoire nous jugera.

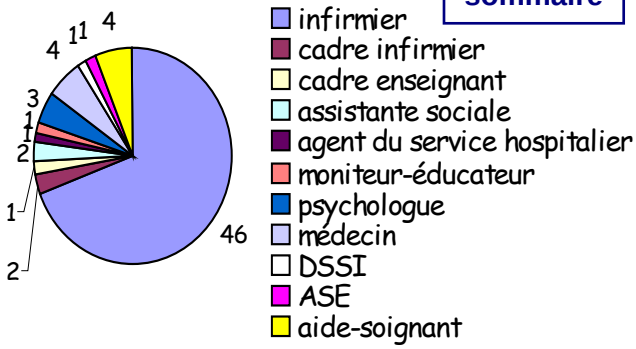
LISTE DES PARTICIPANTS

Quels sont les établissements représentés à cette journée ?



Quelles sont les professions représentées?

sommaire



Centre Hospitalier LORQUIN
- REEB Sabine, infirmière
- SPIEGEL Martine, Infirmière

Centre Hospitalier MULHOUSE
- RENCKLY Valérie, psychologue
- TONELLO Estelle, infirmière

Centre Hospitalier NOVILLARS
- BARTHELEMY Delphine, infirmière
- BLANC Christine, infirmière
- GAUL Jacqueline, infirmière

Centre Hospitalier ROUFFACH
- HOFFMANN Sylvie, infirmière
- MULLER Christelle, cadre enseignant
- Dr SCHAAL Christian, médecin
- WURTZ Charles, infirmier
- ZISER Magali, infirmière

CHS JURY LES METZ
- ROLIN Patrick, cadre infirmier
- ROSTOUCHER Anne, assistante sociale

CPN LAXOU
- Dr ATTIA Martine, médecin
- BAROTTE Caren, infirmière
- BEHAT Toufik, infirmier
- JATTIOT Delphine, psychologue
- MANGEONJEAN Philippe, infirmier
- NOBLOT Lionel, infirmier
- PAMLLOUX Yvan, infirmier
- PASCUCCI Laurence, ASE
- SCHMITT Martine, infirmière
- VATTE Nathalie, infirmière

Hôpitaux Civils de COLMAR
- BUCCIALI Anne-Claire, psychologue
- Dr PLAISANCE Nathalie, médecin

Maison de Santé Le ROGGENBERG
- FUTIN Aurélie, infirmière
- LITZLER Christelle, infirmière
- SOARES Joaquim, aide-soignant
- WOLF Guillaume, infirmier

EPSAN
- ANDRES Marlyse, infirmière
- BOSCH Stéphanie, infirmière
- CLAUS Marlène, infirmière
- COMBE Guylène, assistante sociale
- DIETRICH Audrey, aide-soignante-
- DOCHTER Véronique, aide-soignante
- DOLLINGER Estelle, infirmière
- FREUND Patricia, infirmière
- FRICKER Christine, cadre infirmier
- GRAFF Frédérique, infirmière
- HEINRICH Sylvie, infirmière
- HEINRICH Alfred, Directeur des Soins
- HIRSCH Pascale, ASH
- HOFFMANN Maurice, moniteur-éducateur
- KAUPP André, infirmier
- KELLER Chantal, infirmière
- MARHOUM Habiba, infirmier
- MARTELLA Marilinda, infirmière
- MARTINI Marie-Louise, infirmière
- MUCKENSTURM Françoise, infirmière
- Dr OULERICH Caroline, médecin
- OURY Séverine, infirmière
- PETILAIRE Sabine, infirmière
- REICHHART Antoine, infirmier
- REMPP Marthe, infirmière
- REYMANN Marie-Louise, infirmière
- RICK Denise, infirmière
- RIES Peggy, infirmière
- SCHAEFFER Magali, infirmière
- SCHERER Christine, infirmière
- SCHLOTTER Yvonne, infirmière
- SCHORSCH Anne, infirmière
- SCHOTT Véronique, infirmière
- TRITSCHLER Laurent, infirmier
- WAGNER Eugène, infirmier
- WOLF Caroline, infirmière

ORGANISATEURS/INTERVENANTS/INVITES
- BRAUN Thomas, coordinateur EMIPS STRASBOURG
- CASAGRANDE Thierry, juriste PARIS
- Dr CAYEMITTES Myriam, assistante généraliste EPSAN
- Dr CHARMASSON Christiane, chargée de mission DHOS
- Dr HORASSIUS Nicole, psychiatre AIX EN PROVENCE
- Dr LAFOSSE Guylaine, présidente Comité Sida EPSAN
- Dr PERRIER Edmond, président CME EPSAN
- Dr RYCKMANS Vincent, psychiatre BELGIQUE
- FEIREISEN Vincent, psychologue EPSAN
- FINKELSTEIN Claude, présidente FNAPP PARIS
- GROSSHANS Daniel, psychologue référent Commission Psy CISIH Alsace
- JACOB François, président UNAFAM 67
- LEGRAND Christine, stagiaire assistante sociale
- LUTZ Fernand, Directeur des soins EPSAN
- MARTINEZ Sandrine, stagiaire assistante sociale
- MICHELLE Céline, stagiaire assistante sociale
- ROLLAND Dominique, psychologue PARIS

Le COMITE SIDA

de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord

sommaire

Existe depuis mai 1999 (janvier 1999 : fusion des deux établissements hospitaliers : CH BRUMATH et CH HOERDT)

Résulte de la fusion des deux Comités Sida de BRUMATH et de HOERDT

Composition pluridisciplinaire
Toutes les catégories socioprofessionnelles de l'établissement y sont représentées, ainsi que les représentants des instances (CLIN – CHSCT – CSSI – CTE)

Constitué autour de trois missions principales (ce champ tend à couvrir également les autres IST et les virus des hépatites) :

- La prévention des risques professionnels
- La prévention de la transmission parmi les patients
- La coordination du dispositif d'accompagnement psychologique et/ou de soins psychiatriques pour les patients infectés par le VIH

Dossiers traités par le Comité en groupes de travail :

- Application et observance des précautions standards – mise à jour et uniformisation sur les deux sites des fiches « conduites à tenir en cas d'accidents avec exposition au sang »
- Elaboration d'outils d'aide à l'enquête patient (source en cas d'AES) destinés aux médecins
- Actions de formation (hépatites, VIH / SIDA, IST) pour le personnel
- Coordination du dispositif d'accompagnement psychologique et/ou de soins psychiatriques des patients infectés par le VIH, en participant à la Commission PSY du CISIH
- Prévention de la transmission du VIH, des hépatites et des IST auprès des populations soignées.
  Suivi distributeurs de préservatifs.

BIBLIOGRAPHIE

sommaire

Rapports

CHARMASSON Christiane
Psychiatrie et VIH – Mission d'étude pour améliorer les liaisons entre les services de médecine et les services et établissements psychiatriques
Paris : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Direction des Hôpitaux, déc. 1995

CHARMASSON Christiane
Psychiatrie et VIH – La prévention de la transmission du VIH en psychiatrie
Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, Mission Sida, déc. 1997

Circulaires

Circulaire DGS/DH du 5 août 1996 n°96-494 relative à l'amélioration des liaisons entre les services de médecine et les services et établissements psychiatriques et au développement de la prévention de la transmission du VIH parmi les patients en milieu psychiatrique

Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 8 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des CDAG et des CDG

Ouvrages et articles

BEAU P., VELCHE D., DUROUSSY M., GEORGIEFF A. & coll.
Opinions des personnels des structures psychiatriques face à la prévention du VIH, 2ème Conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le Sida – Paris, 13 janvier 1998

BEAU P., CHARMASSON C., GEORGIEFF A., VEIL C., VELCHE D & coll.
Prévention de la transmission du VIH parmi les patients suivis en structure psychiatrique extra-hospitalière. Etude des opinions des personnels de 5 sites
Paris : in : Annales Médico-Psychologiques, 1998, 156, n°4, pp. 264-272

BIE Béatrice
La scène de l'activité de travail des soignants en psychiatrie
In : Psychiatrie Française n°2-96, juin 1996, pp. 73-79

BONIN B., CORTED C., SCHATTEL E.
Projet de prévention « Cliniques des Carmes »
Besançon : CHU : « Prévention de la transmission du VIH », mai 2000

BOURCY Jacques
La responsabilité des praticiens hospitaliers dans la prévention de la transmission du VIH en psychiatrie
Paris, 7 déc. 1998 : Rencontre nationale sur « La prévention de la transmission sexuelle en psychiatrie : VIH – Virus des hépatites – MST », Direction des Hôpitaux / Direction Générale de la Santé, mars 1999, pp. 77-78

CARGOLI Céline
VIH en psychiatrie : l'urgence d'une prévention personnalisée
Paris : in : Actualités Sociales Hebdomadaires n°21/0, 9 juin 2000, p. 29

CASADEBAIG B (Dir.)
Accès aux soins somatiques, morbidité physique et mortalité de patients schizophrènes
INSERM unité 302 : Groupe français d'Epidémiologie Psychiatrique

CASDEBAIG B (Dir.)
Accès aux soins somatiques et morbidité physique de patients schizophrènes
INSERM unité 302 : Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique

CHARMASSON Christiane
Parler sexe en Psy ?
In : Pratiques en santé mentale 2000, n°4 , pp. 16-18

CHARMASSON Christiane
Psychiatrie et VIH
In : Annales de Médecine Interne, 1991, 142, n°4, pp. 259-296

CHARMASSON Christiane
Les enjeux de la prévention du VIH en psychiatrie
In : Santé Mentale, Dossier « Sexualité et VIH en psychiatrie », n°51, octobre 2000

CHARMASSON Christiane, GEORGIEFF Alberto, VEIL Claude
Enquête sur la prévention de la transmission du VIH parmi les patients en milieu hospitalier psychiatrique
Paris : Masson : In : Annales Médico-Psychologiques, octobre 1995, vol. 153, n°8, pp. 512-517

CHAUVIN Pascale
A propos d'une enquête sur l'état des lieux de la sexualité et la connaissance du sida au CHS de Blain : propositions d'une approche institutionnelle
Nantes : Mémoire DU Sexologie, juin 1997

CHOUKROUN-MATHIEU Brigitte
A propos d'une enquête sur l'état des lieux de la sexualité et la connaissance du sida au CHS de Blain : propositions de prévention de la transmission sexuelle du VIH en milieu spécialisé
Nantes : Mémoire DU Sexologie, juin 1997

CISIH France Nord
Sexualité et prévention
Tourcoing : Centre hospitalier, Colloque 18 mai 1999

CISIH Marseille
VIH et psychiatrie
Actes du colloque, 21 novembre 1997

COURTOIS R.
Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches
In : Annales Médico-Psychologiques, 1998, vol. 156, n°9

DIEDERICH Nicole, GREACEN Tim
Enquête sur la sexualité et la prévention du sida chez les adultes handicapés mentaux en Ile de France
In : Revue européenne du handicap mental, vol. 3, n°9, pp. 20-32

DROUIN Marie Josée, LEW Viviane, LEVY Joseph, DUPRAS André
Le sida dans les populations psychiatriques
Québec, Editions du Méridien, in : « Le sida : aspects psychosociaux, culturels et éthiques », sous la direction de Joseph J. LEVY est Henri COHEN, 1997

DUBOUIS Louis
VIH, droit des malades et responsabilité des professionnels de santé
Journée nationale 17 juin 1997 : La prévention du VIH en psychiatrie
Actes DH mission sida, déc. 1997, pp. 28-33

DUROUSSY Michèle, DIEDERICH Nicole, GREACEN Tim, GEORGIEFF Alberto
Prévention de la transmission sexuelle du VIH dans les établissements psychiatriques ou spécialisés pour adultes handicapés mentaux : opinions des personnels
In : l'Evolution Psychiatrique, 62, 1, 1997, pp. 111-125

GEORGIEFF A., D. VELCHE
Les patients et les soignants face à la question du VIH
Paris, 7 déc. 1998 : Rencontre nationale sur « La prévention de la transmission sexuelle en psychiatrie : VIH – Virus des hépatites – MST », Direction des Hôpitaux / Direction Générale de la Santé, mars 1999

GEORGIEFF A & coll.
Etat des lieux de la prévention du VIH à l'égard des patients en milieu hospitalier psychiatrique
Paris : Eres, 1996 – In : T. GREACEN, S. HEFEZ, A. MARZLOFF : Prévention du Sida en milieu spécialisé – pp. 29-39

GEORGIEFF Alberto, VELCHE Dominique, DUROUSSY Michèle, BEAU Pascale
Evaluation par les soignants du risque de transmission du VIH parmi les patients hospitalisés en psychiatrie XVème journée de l'Information Psychiatrique, 2, 3 et 4 octobre 1996

GIAMI Alain
Les représentations des infirmières face au sida : apport de la psychologie sociale à la recherche en psychiatrie
In : Pour la recherche (Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie) sept. 1999, n°21

GIAMI Alain
Institutions et sexualité
Paris, 7 déc. 1998 : Rencontre nationale sur « la prévention de la transmission sexuelle en psychiatrie : VIH – Virus des hépatites – MST », Direction des Hôpitaux / Direction Générale de la Santé, mars 1999

GIAMI Alain, VEIL Claude, SAMALIN-AMBOISE Claudine, VEIL-BARAT Catherine
Des infirmières face au sida : représentations et conduites, permanence et changements
Paris : Les éditions de l'INSERM, Analyse et prospective, 1994

GIAMI Alain, VEIL Claude
La raison trouble des infirmières : le symptôme des gants
Paris : in : Le journal du sida, juillet 1992, n°41, pp. 33-36

GIAMI A., HUMBERT-VIVERET C., DUVAL D.
L'ange et la bête : représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs
Paris : CTNERHI, 1983

GREACEN Tim, HEFEZ Serge, MARZLOFF Aude
Prévention du sida en milieu spécialisé
Paris : Eres, 1996

GREACEN Tim, MARGUERIE Nelly
La sexualité parlée
In : Santé Mentale, Dossier « Sexualité et VIH en psychiatrie » n°51, octobre 2000

GREMY Isabelle, BELTZER Nathalie, ECHEVIN Damien
Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en Ile de France, Evolutions 1992-1994-1998
ORS Ile de France, avril 1999

HELLERSTEIN D., PRAGER ME
Assessing HIV risk in the general hospital psychiatric clinic
In : General hospital psychiatry, 1992, vol 14, pp. 3-6

HORASSIUS Nicole
Pratiques sexuelles dans l'hôpital psychiatrique d'hier et d'aujourd'hui
Journée nationale du 17 juin 1997 : La prévention du VIH en psychiatrie
Actes DH Mission sida, déc. 1997

HORASSIUS Nicole
Gère et tabou autour de la sexualité des patients
In : Pratiques en Santé Mentale 2000, n°4

JOLY P.
Prévention et soins des maladies mentales, bilan et perspectives
Rapport du Conseil Economique et Social, juil 1997, 120 p.

LINARD F., BEAU P., SILVESTRE D.
Psychiatrie et infection par le VIH
EMC, 1995

LISANDRE Hubert
Les angoisses de la prévention
In : Santé Mentale, Dossier « Sexualité et VIH en psychiatrie » n°51, octobre 2000

LISANDRE Hubert (Dir), WERNOTH Chantal (Dir)
Informer ou écouter ? Prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle : bilan et propositions pour les actions de proximité
Paris : DGS, 2000

MENON AS., POMERANTZ S., SILVESTRE D & all
The high prevalence on unsafe sexual behaviors among acute psychiatric impatients : implications for aids prevention
In : Journal of nervous and mental disease, 1994, 182 (11), pp. 661-666

PAREJA, MARCHAND, PROTOIS
Enquête sur les représentations de la sexualité des patients en milieu psychiatrique
Centre psychothérapique de Nancy (Laxou) Comité psychiatrie et sida – Nov. 1997

PATIN Bertille
Les représentations sociales de la sexualité en psychiatrie
In : Pour la recherche (Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie) sept. 1999, n°21

PATIN Bertille
Maladie mentale et infection à VIH : représentations et comportements en milieu psychiatrique
Paris : EHESS : Laboratoire de psychologie sociale (ANRS 1998)

PATIN Bertille
Maladie mentale et infection par le VIH : une prise en charge et une prévention difficiles par les infirmiers de structures psychiatriques
Paris : ANRS, Collection Sciences Sociales et sida, avril 1998 – In : Des professionnels face au sida. Evolution des rôles, identités et fonctions – pp. 43-54

ROLLAND Dominique
Une prévention personnalisée
In : Santé Mentale, Dossier « Sexualité et VIH en psychiatrie », n°51, octobre 2000

SARAZIN I
La psychiatrie bousculée par le VIH
Paris : In : Actualités Sociales Hebdomadaires, 4 mai 1996, n°1969, pp. 5

TRUDEL G., DESJARDINS G.
Sexualité en milieu psychiatrique
In : Revue canadienne de psychiatrie, 1994, 39 (7), pp. 421-428

VEIL Claude
Identification des besoins de prévention
In : Journée sur la prévention du VIH en psychiatrie – juin 1997

UNAPEI
La vie affective et sexuelle de la personne handicapée mentale et son incidence sur sa prise en charge familiale et pédagogique, d'une part, et sa fonction parentale, d'autre part.
Paris : UNAPEI, 1995

Site Internet

www.comitesida.eps-ville-evrard.fr